

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A COMPAIXÃO ENTRE ENFERMEIROS  
EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA: ANÁLISE DO CONCEITO

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Paula França

Co-orientação:

Prof.<sup>a</sup> Mestre Isabel Lopes Ribeiro

Ana Maria da Silva Reis

Porto | 2014



Em memória de Agostinho da Silva (1906-1994) e de Antónia Reis (1919-1999).

*Para a Susana Rosa e Dinis Oliveira.*



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Ana Paula França pela orientação, inspiração, compreensão e disponibilidade ao longo deste trabalho de investigação;

À Professora Mestre Isabel Ribeiro pelas sugestões, acompanhamento e disponibilidade;

A todo o pessoal docente e não docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto que, desde 1986, me ensinam com arte e ciência a profissão que exerço;

A todos os enfermeiros que gentilmente se disponibilizaram a participar neste estudo;

A todas as crianças e seus familiares que são alvo de cuidados de enfermagem nos serviços de saúde infantil e pediatria;

A todas as pessoas que cruzaram e cruzam a minha vida e são para mim modelos de compaixão e de não compaixão;

Aos meus pais;

Graças a todos a minha vida é mais rica e este trabalho foi possível. A todos, sou grata!



## **ABREVIATURAS**

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

DSM-III-R – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Revised.

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

NAC - Nursing As Caring.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

RNAO - Registered Nurses' Association of Ontario.

SIP – Saúde Infantil e Pediatria.

SUHB - Science of Unitary Human Beings.

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.





# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>21</b>
1.1 – O Tipo De Estudo .....	22
1.2 – Esclarecendo As Razões Para A Análise Conceptual Da Compaixão Entre Pares Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria .....	26
1.3 – As Finalidades E Os Objetivos Do Estudo .....	30
1.4 - Os Participantes Do Estudo .....	31
1.5 – Os Procedimentos De Recolha E Tratamento Dos Dados .....	32
1.6 - Os Procedimentos Éticos Do Estudo .....	35
<b>CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
2.1 – Identificando Os Usos Do conceito De Compaixão Entre Pares Em Enfermagem de Saúde Infantil E Pediatria .....	39
2.1.1 – <i>A Compaixão Na Literatura</i> .....	40
2.1.1.1 – <i>A Perspetiva Ético-Filosófica</i> .....	42
2.1.1.2 – <i>O Modelo De Compaixão De Karen Armstrong</i> .....	46
2.1.1.3 – <i>As Perspetivas Da Medicina E Da Psicologia</i> .....	54
2.1.1.4 – <i>A Perspetiva Da Enfermagem</i> .....	63
2.1.2 – <i>A Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria</i> .....	75
2.2 – Determinando Os Atributos Da Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De saúde Infantil E Pediatria .....	83
2.3 – Identificando Um Caso Modelo De Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria .....	94
2.4 – Identificando Os Casos Adicionais De Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria .....	96
2.4.1 – <i>Um Caso Semelhante De Compaixão Entre Pares</i> .....	96
2.4.2 – <i>Um Caso Relacionado De Compaixão Entre Pares</i> .....	97
2.4.3 – <i>Um Caso Contrário À Compaixão Entre Pares</i> .....	98
2.5 – Identificando Os Antecedentes E As Consequências Da Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil e Pediatria .	101
2.5.1 – <i>Os Antecedentes Da Compaixão Entre Pares</i> .....	101
2.5.2 – <i>As Consequências Da Compaixão Entre Pares</i> .....	102
2.6 – Estabelecendo Indicadores Empíricos Da Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria .....	105
2.7 – Definindo Um Conceito de Compaixão Entre Pares Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria .....	107
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXO I – <i>Guião Das Entrevistas Aos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria</i></b>	
<b>ANEXO II – <i>Consentimento Livre E Esclarecido</i></b>	
<b>ANEXO III – <i>Matriz De Referência Da Análise De Conteúdo</i></b>	

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Desenho Metodológico do Estudo .....	22
TABELA 2: Categorias e Subcategorias do Tema: “Compreendendo a Compaixão entre Pares em ESIP” .....	77
TABELA 3: Categorias e Subcategorias do Tema: “Definindo Compaixão entre Pares em ESIP” .....	84
TABELA 4: Categorias e Subcategorias do Tema: “Descrevendo as Vantagens da Compaixão entre Pares em ESIP” .....	103
TABELA 5: Atributos e Indicadores Empíricos da Compaixão Entre Pares em ESIP/Exemplos de Escalas de Avaliação. ....	106

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: O Processo Compassivo e os Níveis Sociais: Micro, Meso e Macro .....	80
FIGURA 2: As Componentes da Compaixão e os Níveis Sociais: Micro, Meso e Macro .....	92
FIGURA 3: Os Atributos da Compaixão Entre Pares em ESIP .....	94
FIGURA 4: Atributos, Antecedentes, Consequências e Indicadores Empíricos da Compaixão entre Pares em ESIP .....	108

## RESUMO

### **A Compaixão Entre Enfermeiros Em Saúde Infantil E Pediatria: Análise do Conceito**

A compaixão é um conceito subjacente ao exercício da profissão de enfermagem desde Florence Nightingale. Definir compaixão para a enfermagem é determinante porque, compreendendo-a plenamente, poderemos reclamá-la como dimensão da nossa prática profissional, em vez de a considerarmos apenas pela perspectiva dos outros como mero traço de carácter da enfermagem, limitando o conceito. Frequentemente pensamos a compaixão em enfermagem na relação enfermeiro/utente, porém não encontramos estudos em pediatria que versem sobre o seu contributo para a harmonia das relações interpessoais, especificamente para a atitude do enfermeiro nas relações entre pares. Logo, tomamos como ponto de partida para este trabalho de investigação a questão: *Qual o conceito de compaixão no contexto da relação entre pares em ESIP?*

Pretende-se com este estudo contribuir para uma cultura de compaixão no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família, para a humanização destes cuidados, para uma definição do conceito de compaixão no exercício profissional dos enfermeiros de SIP e para o seu desenvolvimento profissional. Neste âmbito, definimos como principal objetivo o de analisar o conceito de compaixão entre pares em ESIP.

Selecionamos a metodologia qualitativa, exploratória, descritiva e transversal. A pesquisa foi estruturada com base nas oito etapas do método de análise conceptual de Walker e Avant (2005), através do qual exploramos o conceito de compaixão entre pares quer na literatura, quer na perspectiva dos enfermeiros. A análise de conteúdo de Bardin (2002) foi aplicada às entrevistas realizadas entre abril e junho de 2013, a onze participantes, com um tempo mínimo de serviço profissional em SIP de cinco anos e um máximo de trinta e um anos (amostra intencional do tipo “Bola de Neve”). A opinião dos enfermeiros entrevistados, sobre o conceito de compaixão entre pares, em discussão com os autores, permitiu-nos concluir cinco atributos do conceito - ter sentimentos, ter valores, colocar-se no lugar do outro, ter boas relações humanas e aliviar o sofrimento do outro -, bem como os seus antecedentes e as suas consequências. Este facto levou-nos, simultaneamente, a propor alguns indicadores empíricos e a definir o conceito em estudo. Partindo dos atributos identificados, selecionamos das histórias de compaixão e de não compaixão entre pares, narradas pelos enfermeiros, um caso modelo e os casos adicionais.

Concluimos sugerindo a realização de mais estudos de investigação alargados a profissionais de outras áreas de enfermagem, com amostras e metodologias variadas. Propusemos a elaboração de uma escala de compaixão para a enfermagem, que possibilite a aferição de níveis de compaixão dos seus alunos e profissionais, e a criação de momentos de partilha entre enfermeiros, que restaurem a cultura compassiva dos cuidados e das relações humanas nos locais de trabalho.

**Palavras-chave:** *Compaixão; Enfermagem; Enfermagem Pediátrica; Trabalho em Equipa; Análise Conceptual.*

## ABSTRACT

### Compassion Among Nurses In Pediatric Nursing: Concept Analysis

Compassion is an underlying concept to the practice of nursing since Florence Nightingale. Defining compassion is crucial for nursing because its complete understanding will enable us to regard it as a dimension of our professional practice, instead of reducing compassion to others' perspective as a simple nursing characteristic, narrowing the concept. When we often think about compassion in nursing, we associate it to a nurse/patient relationship and, nevertheless, we haven't come across with pediatrics studies that deal with the compassion's contribution for harmony in interpersonal relations, more precisely concerning the nurses' behavior among each other. So we start this researching study with the question: *What is the compassion's concept which underlies the relational context among pairs in pediatric nursing?*

The purpose of this study is to contribute for a culture of compassion in the context of nursing care focused in the child/family, for the humanization of this caring, for the definition of compassion in professional practices of pediatric nurses and for their professional development. In this context, we define as our main objective to analyze the concept of compassion among pairs in pediatric nursing.

We have adopted a qualitative, explorative, descriptive and transversal methodology. The research was structured based on the eight steps of Walker and Avant's conceptual analysis method (2005), through which we explored the concept of compassion among pairs both in scientific literature and in the nurses' perspective. The content analysis of Bardin (2002) was applied to the interviews which were made from April to June 2013, to eleven individuals working as pediatrics nurses for a minimum of 5 to a maximum of 31 years ("snowball" sampling technique). The interviewed nurses' perspectives about the concept of compassion among pairs, discussed with the authors' points of view, have permitted us to precise five attributes of the concept - to have feelings, to have values, to be able to put yourself in someone's place, to have good relationships with others and to release someone else's suffering -, as well as its antecedents and its consequences. This fact allowed us to propose some empirical indicators and to define our concept simultaneously. Supported in the identified attributes, we have selected a model case and additional cases from the stories of compassion and non compassion among pairs, narrated by the nurses.

We conclude suggesting more researching studies applied to other nursing specialties, with more efficient samples and different methodologies. We have proposed the construction of a nursing compassion scale which can be used in measuring the levels of compassion in both students and professionals and the creation of moments for sharing among nurses, restoring the compassionate culture of nursing care and human relations in the workplace.

**Keywords:** *Compassion; Nursing; Pediatric Nursing; Teamwork; Concept Analysis.*



## INTRODUÇÃO

A enfermeira canadiana Simone Roach, que em 1992 referira “com compaixão a pessoa torna-se companheira da humanidade”, categorizou em 1997 sete atributos implícitos no ato de cuidar em enfermagem: compaixão, competência, confiança, consciência, compromisso, comportamento e criatividade (Roach, 1992; Cit. por Cruz, [s.d.]). Esta autora considerou o cuidar como “um modo total de ser, de se relacionar e de agir”, como forma de empenhamento com o outro, em que o enfermeiro se expressa a si próprio. O facto de o cuidado ser “o modo humano de ser”, implica que o enfermeiro cuide o outro, não só porque é um profissional, mas porque ele próprio é pessoa (Marçal, 1994, p.54).

Na atualidade, a questão da compaixão é considerada, no Reino Unido, uma temática complexa e premente para a enfermagem, exigindo competências, capacidades e valores no cuidar, com o respeito pela dignidade do indivíduo aos mais altos níveis técnico e profissional (Department of Health, 2010; Cit. por Straughair, Part.2, 2012). O Colégio Real de Enfermagem britânico salienta: “Nurses and nursing staff treat everyone on their care with dignity and humanity - they understand their individual needs, show compassion and sensitivity, and provide care in a way that respects all people equally.” (Royal College of Nursing, 2010; *ibidem*, p. 239)

Karen Armstrong (2011), na sua recente publicação *Twelve steps to a compassionate life*, descreve a compaixão através de doze etapas e de conceitos satélites como a empatia e o sofrimento, nos quais os enfermeiros se reveem em grande medida na sua prática profissional. Apesar de a autora não ser enfermeira, esta obra é uma fonte de inspiração para a nossa reflexão. Na enfermagem, Teresa Marçal (1994), Schantz (2007) e Chambers e Ryders (2009) são algumas das autoras que reforçaram a nossa motivação pessoal e profissional nesta temática e, como tal, constituirão o nosso referencial ao longo do estudo.

Existem muitos trabalhos de pesquisa, em enfermagem, que estudam a compaixão nos contextos relacionados com os cuidados ao doente, com a fadiga do cuidador, com o *burnout* do enfermeiro, com a autocompaixão do enfermeiro, com a enfermagem e com a espiritualidade. Todavia, são raros os estudos que versem sobre o contributo da compaixão para a harmonia das relações interpessoais e para a humanização dos cuidados de enfermagem, e não encontramos trabalhos de investigação sobre a atitude compassiva do enfermeiro nas relações entre pares.

Especificamente nos serviços de pediatria, o enfermeiro vive experiências humanas muito variadas e significativas (trabalhando numa equipa multidisciplinar alargada e em contextos de maior complexidade técnica e científica dos próprios cuidados), ao ser simultaneamente sujeito e testemunha de situações de stress, quando em causa está a vida e a morte com dignidade da criança. É muitas vezes neste ambiente que a relação na equipa de enfermagem é dificultada por competitividade/agressividade, desrespeitos, pouca confiança e iniquidade, entre outros, o que vem justificar a pertinência de um estudo sobre a compaixão entre enfermeiros em pediatria.

Em Portugal, o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2003, p. 113), no seu Artigo 90º, alíneas “b) Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional” e “c) Proceder com correção e urbanidade, abstendo-se de qualquer crítica pessoal ou alusão depreciativa a colegas ou a outros profissionais”, salienta valores universais que a Ordem dos Enfermeiros considera na relação entre pares: equidade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, capacidade e progressão profissional (França, 2012). Será que podemos associar estes conceitos ao de compaixão entre enfermeiros? Será que a compaixão, mais do que um código deontológico, exige uma cultura própria?

A presente dissertação insere-se na área de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Escolhemos como objeto de investigação o tema da compaixão entre pares em ESIP, tomando como ponto de partida a questão: *Qual o conceito de compaixão no contexto da relação entre pares em ESIP?* Pretendemos com esta nossa reflexão e pesquisa contribuir para uma cultura de compaixão no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família; para a humanização destes cuidados; para uma definição do conceito de compaixão no exercício profissional dos enfermeiros de SIP; e para o seu desenvolvimento profissional. Neste sentido, estabelecemos como objetivo principal o de analisar o conceito de compaixão no contexto da relação entre pares em ESIP.



A estrutura deste trabalho obedece às oito etapas que constituem o método de análise conceptual de Walker e Avant (2005):

- *Selecionar um conceito* – na primeira etapa pretende-se fundamentar as razões subjacentes à análise do conceito. No primeiro capítulo do estudo, que descreve as opções metodológicas, esclarecemos as motivações e as razões subjacentes à análise do conceito de compaixão entre pares em ESIP;

- *Determinar as finalidades e os objetivos da análise* – na segunda etapa, pretende-se esclarecer o propósito da análise, descrevendo as suas finalidades e os seus objetivos. No primeiro capítulo deste estudo, definiremos as finalidades e os objetivos da nossa análise conceptual, além de que descreveremos o tipo de estudo, os seus participantes, os procedimentos de recolha e de tratamento dos dados e o respeito pelos princípios éticos que tivemos em consideração;

- *Identificar todas as utilizações do conceito que possam ser pesquisadas* – nesta terceira etapa, as autoras sugerem a pesquisa alargada do conceito, em diferentes perspetivas e múltiplas fontes primárias e secundárias, que permitam identificar, tanto quanto possível, o conceito sem o limitar a uma só perspetiva. O segundo capítulo, que apresenta, analisa e discute os resultados obtidos neste estudo, inicia-se com a pesquisa em fontes bibliográficas, nas vertentes: ético-filosófica; da condição humana segundo o modelo de Armstrong (2011); médica e psicológica; de enfermagem; nas entrevistas realizadas aos enfermeiros SIP, sobre as utilizações do conceito de compaixão entre pares;

- *Determinar os atributos que definem o conceito* – na quarta etapa do método, as autoras salientam que a definição dos atributos é o cerne da análise conceptual e, como tal, pretende-se definir os marcos que melhor e mais frequentemente descrevam o conceito e permitam a sua análise alargada e pormenorizada. No segundo capítulo, apresentamos, analisamos e discutimos os atributos da compaixão entre pares em ESIP, na opinião dos enfermeiros entrevistados;

- *Identificar um caso modelo* – na quinta etapa, o método indica a apresentação de um exemplo de utilização do conceito que descreva todos os seus atributos. Este caso deve ser um modelo que reflita o conceito de forma exemplar, o qual pode advir de situações reais, ficcionadas na literatura ou construídas pelo próprio investigador, estando ou não relacionado com a sua área de interesse. A partir das histórias narradas por estes enfermeiros, apresentaremos e analisaremos aquela que possa constituir-se como um exemplo de compaixão entre pares em ESIP, por apresentar todos os atributos do conceito em estudo;

- *Identificar um caso semelhante, relacionado, contrário, ficcionado e/ou ilegítimo* – na sexta etapa, o método sugere a análise de mais situações que contribuam para a discussão dos atributos do conceito e ajudem à sua validação. Assim, as autoras propõem a apresentação de um caso semelhante, aquele que contenha apenas alguns dos atributos do conceito e que possa envolver outros conceitos associados; um caso relacionado com o conceito, como aquele que demonstre ideias similares ao conceito em estudo, mas que se distingue quando melhor analisado, porque cabe na rede de outros conceitos que se lhe associam; um caso contrário que seja um exemplo daquilo que o conceito não é, como uma situação onde não estejam presentes os atributos do conceito ou, caso existam, estejam num contexto oposto; por último, um caso ilegítimo é aquele que exemplifica uma situação onde o termo é usado inapropriadamente ou fora do seu contexto, embora possa conter alguns dos atributos do conceito. A apresentação destes casos adicionais do conceito é da seleção do investigador e é facultativa. Das histórias narradas pelos enfermeiros de SIP apresentaremos e analisaremos um caso semelhante, um caso relacionado e um caso contrário de compaixão entre pares;

- *Identificar os antecedentes e as consequências do conceito* – na sétima etapa, as autoras consideram que os fatores que antecedem o conceito podem elucidar o seu contexto social, na medida em que são os eventos que devem ocorrer para que se justifique o emergir do conceito. As consequências são os outros eventos que resultam da ocorrência do conceito. Estes fatores posteriores são úteis no determinar de ideias, variáveis ou relações profícuas em investigações futuras. Esta etapa é uma fase que auxilia o refinamento dos atributos. Assim, apresentaremos os antecedentes e as consequências que forem referidos pelos enfermeiros entrevistados e que serão analisados e discutidos com os autores estudados;

- *Estabelecer indicadores empíricos* – a última etapa do método é a identificação de indicadores a partir dos atributos do conceito, que constituam classes ou categorias do fenómeno em estudo e que, pela sua presença, demonstrem por si só o conceito. Em muitos casos, os atributos e os indicadores empíricos podem até ser idênticos. Estes indicadores poderão contribuir para a possível monitorização do conceito, por estarem claramente ligados às suas bases teóricas, para a validação do seu constructo e para o conteúdo de um novo instrumento de investigação. A partir dos atributos referidos pelos enfermeiros entrevistados, sugeriremos os indicadores passíveis de contribuir para a avaliação da compaixão entre pares em ESIP.

O segundo capítulo deste estudo conclui com uma proposta de definição para o conceito de compaixão entre pares em ESIP, na opinião dos enfermeiros que exercem funções nesta especialidade, que possa contribuir para uma definição de compaixão em enfermagem nesta área ou extensiva a outras especialidades.

No último capítulo apresentamos algumas considerações finais, nomeadamente a conclusão geral do estudo, as implicações para a prática, as suas limitações e as sugestões para trabalhos de investigação no futuro.



## **CAPÍTULO 1**

### **ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

*“My own painful encounter with ‘reality shock’ in the ‘real world’ of the hospital ward also inspired me to become an exemplar of competence and compassion to junior staff (...) Virtues or vices can undergo similar fates. Compassion, in my view, is just as contagious a behavior as apathy or indifference.” (Schantz, 2007, p. 50)*

A humanização na enfermagem é uma prioridade em saúde. Quando se tem como objeto de estudo o próprio homem, a relação de conhecimento é estabelecida entre iguais, pois o objeto e o sujeito do conhecimento coincidem. Desta forma, o critério de cientificidade passa a ser a intersubjetividade, na medida em que o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética (Nogueira-Martins e Bógus, 2004). A interdisciplinaridade, que sustenta o paradigma qualitativo na área das Ciências Sociais e Humanas na saúde, favorece a pluralidade e a heterogeneidade nas diversas orientações teóricas e metodológicas, assim como a proliferação de taxonomias e nomenclaturas (Deslandes e Iriart, 2012).

Segundo Sewell (2007; Cit. por Baldwin, 2009), a dissertação exige do aluno pensamento reflexivo e permite-lhe desenvolver competências críticas, analíticas e de síntese, durante todo o processo de investigação sobre determinado tema relacionado com a sua área de interesse académico. Neste contexto, selecionamos o tema da análise do conceito da compaixão e o seu significado entre pares em ESIP, como objeto de estudo para esta dissertação, e para a qual delineamos o desenho metodológico explicitado na tabela 1, que passaremos a descrever em cada um dos subcapítulos que se seguem.

Consideramos que a compaixão entre pares em ESIP é um constructo que faz parte de um conceito mais alargado de compaixão, e se situa no contexto restrito da relação entre enfermeiros em saúde infantil e pediatria, pelo que lhe é semelhante e tem função idêntica. No entanto, para nos referirmos a este constructo, utilizamos sempre o termo ‘conceito’.

Desenho Metodológico do Estudo

Fenómeno a Investigar	A compaixão entre pares em ESIP.
Questões Investigação	- Qual o conceito de compaixão subjacente ao contexto relacional entre pares em ESIP?
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo, de carácter exploratório, descritivo e transversal, que utiliza o método de análise conceptual de Walker e Avant (2005), para a análise do conceito de compaixão entre pares em ESIP.
Finalidades do Estudo	Contribuir para uma cultura de compaixão no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família. Contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem à criança/família. Contribuir para uma definição do conceito de compaixão no exercício profissional dos enfermeiros de SIP. Contribuir para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros de SIP.
Objetivos do Estudo	- Analisar o conceito de compaixão no contexto da relação entre pares em ESIP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as suas utilizações.</li> <li>• Determinar os atributos que o definem.</li> <li>• Apresentar um caso modelo e os casos adicionais.</li> <li>• Identificar os seus antecedentes e as suas consequências.</li> <li>• Identificar os seus indicadores empíricos.</li> <li>• Propor uma definição para o conceito.</li> </ul>
Participantes	11 Enfermeiros de serviços de saúde infantil e pediatria (amostra intencional do tipo “Bola de Neve”).
Local	Região metropolitana do Porto.
Instrumento de Colheita de Dados	Entrevista semiestruturada gravada em suporte áudio.
Tratamento e Análise dos Dados	Técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin.

Tabela 1 – Desenho Metodológico do Estudo

## 1.1 - O Tipo De Estudo

Analisar um conceito no sentido de determinar as suas características, dimensões e condições que o distinguem de outros conceitos, conduzirá a novas interpretações sobre este. Ora, uma vez que a análise conceptual visa a compreensão do conceito, este método insere-se no paradigma de pesquisa qualitativo (Baldwin, 2009). Segundo Turato (2005), a abordagem qualitativa apresenta-se como uma orientação cada vez mais difundida no âmbito da saúde neste virar de século, sobretudo porque se tem privilegiado em

enfermagem os estudos que lidam com os processos humanos. Na abordagem qualitativa inserem-se os estudos de significados/significações, representações psíquicas/sociais, simbolizações/simbolismos, percepções/pontos de vista/perspetivas, vivências/experiências de vida, metáforas/analogias, mecanismos de defesa ou de adaptação, estigmas, etc. A compaixão é uma das características do ser humano, pelo que é no contexto das relações interpessoais que assenta esta pesquisa sobre a análise do conceito na área da enfermagem, no âmbito das relações entre pares nos enfermeiros de SIP.

Optámos por uma metodologia qualitativa, por se mostrar mais ajustada ao propósito desta pesquisa, que lida com o carácter abstrato do próprio conceito, e com a experiência subjetiva e única de cada um dos participantes no estudo. Com o termo de metodologia qualitativa referimo-nos a um tipo de pesquisa, cujos resultados não são atingidos através de procedimentos estatísticos ou outros de quantificação dos dados, e na qual a análise é interpretativa (processo não-matemático de interpretação), realizada com o objetivo de descobrir o conceito, as relações nos dados obtidos e a organização de conceitos (Strauss e Corbin, 2008). Em vez de prever, pretende-se compreender; em vez de generalizar, pretende-se induzir situações com contextos similares (Golafshani, 2003; Cit. Por Ollaik e Ziller, 2012).

Os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado (mais do que na frequência) do fenómeno. O foco é centralizado na especificidade, pretendendo sempre a compreensão do fenómeno estudado, geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada (Spencer, 1993; Cit. Por Nogueira-Martins e Bógus, 2004).

Consideramos este trabalho como exploratório, na medida em que há poucos estudos sobre o tema da compaixão em enfermagem, além de não termos conhecimento da sua aplicação às relações entre pares. Este permite-nos explorar o tema da compaixão e os seus contextos, bem como obter um conhecimento suficiente de toda a sua complexidade. Como é próprio da investigação exploratória, os resultados aqui obtidos não se esperam generalizáveis, pois dizem respeito a um contexto preciso em que os primeiros destinatários dos resultados da investigação são os próprios investigadores. Trata-se igualmente de uma investigação descritiva, porque necessita de uma descrição do conceito o mais rigorosa possível e, neste âmbito, o seu principal objetivo é o de identificar uma plataforma contextual para futuros trabalhos de investigação de outro tipo (Hesbeen, 2000). É também um estudo transversal por se referir a um período de tempo específico: a

colheita de dados teve início em outubro de 2012 com a revisão da literatura, culminando nas entrevistas aos enfermeiros de SIP, realizadas entre abril e junho de 2013.

A fim de esclarecer possíveis inconsistências, discrepâncias ou ambiguidades do conceito em questão, e porque pretendemos clarificá-lo na perspectiva de enfermagem, utilizamos um método de análise conceptual. Este, para Enders *et al.* (2004), é um exercício intelectual que visa o esclarecimento de um conceito de interesse, e diz respeito à avaliação crítica da conceptualização efetuada. Segundo estes autores, entende-se por conceptualização o pensamento teórico ativo para a elaboração de uma compreensão abstrata de um fenómeno, enquanto a análise de conceito é um processo ativo de avaliação crítica que focaliza a sua estrutura. São várias as funções e as aplicações da análise conceptual, como sejam o desenvolvimento do conceito propriamente dito, a descrição e a compreensão do significado de um conceito, a definição dos indicadores operacionais para serem replicados na sua mensuração, a ampliação das bases do conhecimento de enfermagem, o esclarecimento de ideias individuais e o desenvolvimento de conceitos para o ensino.

Sob o ponto de vista filosófico, o conceito (do latim *concupere*) é uma noção abstrata ou ideia geral, sob a qual podemos unir diversos elementos, designando um único objeto ou uma classe de objetos. Do ponto de vista lógico, é caracterizado pela sua extensão e pela sua compreensão (*Dicionário Básico de Filosofia*, 2001). Sob o ponto de vista psicológico, é a construção mental que permite representar, através de uma palavra ou expressão, uma classe de objetos ou de acontecimentos que possuem propriedades ou elementos comuns (*Dicionário de Psicologia*, 1996). O conceito é uma representação abstrata de um evento concreto, representando várias formas de percepção. É a combinação de uma compreensão partilhada a partir de percepções individuais, as quais podem variar ao longo do tempo face a mudanças ambientais, sociais ou políticas (Norris, 1982; Cit. por Golberg, 1998).

Segundo Meleis (2007), definir um conceito ajuda a delinear subconceitos e dimensões do próprio conceito. A sua diferenciação é um processo de entrada e de saída, de semelhanças e de diferenças, entre o conceito escolhido e outros que se lhe assemelham. Uma premissa importante é a de que, quando estes são formulados e definidos, tendem a formatar e a orientar o que vemos, estabelecendo a ordem nas observações, nas percepções e nas experiências que ampliam a compreensão das situações e dos fenómenos. Os conceitos são os blocos construtivos das teorias e a base de cada disciplina, envolvendo uma constelação complexa de impressões, percepções e experiências. Os fenómenos são apreendidos e, só quando estes são organizados e definidos, é que se



tornam conceitos. Estes últimos são uma imagem mental da realidade, colorida com a percepção teórica, a experiência e a envolvente filosófica, funcionando como um reservatório e uma entidade organizacional.

Exemplos de conceitos estruturantes em enfermagem são a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem (OE, 2012). McEwen e Wills (2009) esclarecem que, em 1963, Wilson desenvolveu um processo para a definição de conceitos com o objetivo de melhorar a comunicação e a amplitude dos significados com uso científico. Duas décadas mais tarde, Walker e Avant (1983) explicaram pela primeira vez o seu processo de análise de conceitos para a enfermagem, tendo como fundamentação o método científico de Wilson. No sentido da clarificação do conceito que pretendemos estudar, no âmbito das relações entre pares em enfermagem, selecionamos o método de análise conceptual de Walker e Avant (2005) como o mais congruente. De acordo com as autoras, o desenvolvimento conceptual considera três processos diferentes: a síntese, a derivação e a análise do conceito. A análise conceptual garante um estudo rigoroso dos conceitos, ao constituir-se como o primeiro passo de um correto processo de construção teórica na ciência de enfermagem, o que permite ao teórico, ao investigador e ao clínico abarcar as várias possibilidades do conceito em questão – estar dentro do conceito e ver como ele funciona. É um desafio que providencia uma compreensão mais aprofundada do fenómeno.

O procedimento metodológico para a análise do conceito da compaixão entre pares em ESIP será desenvolvido tendo em consideração as oito etapas definidas pelas autoras: primeira, seleccionar o conceito (motivação pessoal da investigadora) e esclarecer as razões subjacentes à análise (motivação profissional da investigadora na área da ESIP); segunda, determinar as finalidades e os objetivos da análise; terceira, identificar todos os usos possíveis do conceito (através da revisão ampla da literatura e dos dados obtidos nas entrevistas, dirigidas a um grupo de enfermeiros que exerce funções em serviços de saúde infantil e pediatria); quarta, determinar os atributos que o definem; quinta, identificar um caso modelo do conceito; sexta, identificar casos adicionais do conceito (o semelhante, o relacionado e o contrário); sétima, identificar os antecedentes e as consequências do conceito; oitava, estabelecer os seus indicadores empíricos. A finalizar, propomos uma definição para o conceito de compaixão entre pares em ESIP, através das sínteses literária e exploratória-qualitativa, realizadas neste estudo.

Muitos enfermeiros alegam ter sido a compaixão o que os motivou para a profissão. No entanto, para que este conceito se torne património da enfermagem é necessário, antes de mais, identificar, compreender e interiorizar o seu significado mais profundo, e exercê-lo na prática clínica diária (Schantz, 2007). No subcapítulo seguinte,

analisaremos a motivação e as inquietações que nos inspiraram e estão subjacentes à realização da análise conceptual da compaixão entre pares no âmbito da ESIP.

## **1.2 – Esclarecendo As Razões Para A Análise Conceptual Da Compaixão Entre Pares Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria**

A primeira etapa do método de análise conceptual de Walker e Avant (2005) é a seleção do conceito e a sua fundamentação. Acreditando, tal como Kanov *et al.* (2004), que “research and writing on compassion in organizations reveals it as a positive and very powerful force”, e porque consideramos que o tema deste estudo é importante para o exercício da ESIP, descrevemos neste subcapítulo os motivos que estiveram subjacentes à seleção do conceito da compaixão entre pares, nesta especialidade da enfermagem.

Chambers e Ryder (2009) consideram a compaixão como a essência do cuidar em enfermagem e o âmago da profissão. No entanto, este conceito não tem tido um papel relevante na prática clínica nem nos trabalhos de investigação. Esta situação é evidenciada pelo facto de só em 1994 ter surgido, em Portugal, a primeira e única dissertação até à data, sobre a análise conceptual de compaixão em enfermagem, com o estudo de Teresa Marçal. Neste, a autora refere que, quando falamos entre colegas sobre o termo compaixão, surgem comentários como “[...] *Compaixão, isso é impossível, seria um permanente sofrimento, até nem acho útil [...] nós somos técnicos de saúde [...]; [...] Compaixão! ... não gosto da palavra, acho que não devemos ter pena dos outros... não ajuda nada...*” (Marçal, 1994, p. 19). A palavra compaixão encerra em si um significado ambíguo, que oscila entre o carácter religioso ou espiritual e uma envolvente emotiva demasiado ativista, o que, mais uma vez, poderia entrar em conflito com as premissas de objetividade na prática clínica (Duarte, 2009).

Apesar de a compaixão constituir um conceito tradicional na enfermagem, consideramo-lo pouco compreendido devido à sua referência quase inexistente, ou se existente, provavelmente da forma menos adequada, devido a terminologia confusa ou ao modo inconsistente como foi incorporado na prática clínica. Este é um conceito transversal a muitas disciplinas que englobam a condição humana, da arte à ciência, da cultura às interações sociais, pelo que pressupõe uma clarificação relativamente à sua aplicação nos contextos clínicos e formativos em enfermagem.

Com o desenvolvimento progressivo da profissão de enfermagem até ao nível da prática baseada na evidência, algum do *ethos* compassivo parece perder-se em detrimento das competências técnicas (Straughair, Part.1, 2012). Ainda neste artigo de Straughair, Firth-Cozens e Cornwell (2009) sugerem a existência de uma série de razões para este declínio compassivo, como sejam a menor envolvente relacional do enfermeiro, os níveis elevados de stress e *burnout*, as questões organizacionais relacionadas com a dinâmica moderna dos cuidados de saúde, a delegação de funções nos assistentes operacionais e o seu destaque reduzido na formação dos enfermeiros. Relatos recentes de pacientes apontam experiências negativas com enfermeiros, no que diz respeito à falta de compaixão nos cuidados. Este facto levanta questões pertinentes sobre se a prática de enfermagem contemporânea é capaz de restaurar a imagem do enfermeiro compassivo, tecnicamente competente e clinicamente eficaz, equipado com as ferramentas, o conhecimento, os valores e as atitudes adequados, cuidando com humanidade, com bondade e com um nível elevado de compaixão (Straughair, Part.1, 2012).

A compaixão está relacionada com múltiplos aspetos e, no que concerne ao processo de comunicação, o paradigma contemporâneo da enfermagem exige que o enfermeiro seja eficiente na comunicação tradicional com o utente e a sua família (por exemplo, pela empatia e educação) e demonstre novas competências de comunicação na interação com colegas (a exemplo, na resolução de conflitos e nas mudanças de gestão) [Miller & Apker, 2002; Cit. por Apker *et al.*, 2006].

Diferentes estudos sugerem que melhorar o ambiente da prática clínica pode reduzir os custos económicos e resolver problemas recorrentes de falta de enfermeiros ou da sua elevada mobilidade entre serviços. As equipas têm um papel muito relevante no atual sistema de saúde (Poole & Real, 2003; Cit. por Apker *et al.*, 2006). O escopo profissional do enfermeiro vai além da relação enfermeiro-utente ou sua família, e requer do primeiro capacidades relacionais com a equipa multidisciplinar, na medida em que estas são particularmente importantes nas relações e interações entre os enfermeiros e os seus pares. O estudo de Apker *et al.* (2006), sobre a comunicação profissional do enfermeiro nas interações com a equipa multidisciplinar, sublinhou a compaixão como uma das competências primordiais na comunicação, juntamente com a colaboração, a credibilidade e a coordenação.

O filósofo oriental Confúcio (551-479 a.C.) já se referira aos círculos concêntricos da compaixão, cujo centro, ocupado pela família, se alarga progressivamente para os amigos e para a comunidade, atingindo o limite exterior referente ao país. Se a família é a primeira escola de compaixão, porque é nela que começamos a aprender a viver com os outros,

daquela passamos ao local de trabalho. Se a nossa profissão efetuar um sério investimento no sentido de se tornar mais compassiva, que impacto imediato terá esta iniciativa no nosso ambiente e na comunidade global? Será que tratamos os colegas de trabalho como peças de uma engrenagem, forçando-os a maximizar o seu desempenho, não importando as consequências na sua saúde física, mental e emocional? Será que as necessidades competitivas e emergentes agravam o nosso egoísmo impiedoso (Armstrong, 2011, p.69)?

Saber de que forma os enfermeiros de SIP, integrados num serviço de saúde como promotores do bem-estar e da saúde da criança/família na comunidade, reconhecem a compaixão nas relações entre pares como promotora do bem-estar e da saúde; saber se os enfermeiros de pediatria consideram os profissionais compassivos, entre si, como ganhos em saúde para os próprios, para a criança/família, e também para a instituição; por último, saber se as equipas de enfermagem de pediatria se tornaram, ou não, menos compassivas; são algumas das inquietações iniciais que nos motivaram a abordar esta temática.

Segundo Olshansky (2007), definir compaixão para a enfermagem é determinante porque, acedendo à sua compreensão plena, poderemos reclamá-la como dimensão da nossa prática profissional, em vez de a considerarmos apenas pela perspetiva dos outros como um mero traço de carácter da enfermagem, o que infelizmente tende a marginalizar o seu conceito. Sendo as relações humanas o espelho da compaixão em enfermagem, tomamos como ponto de partida para este estudo a questão: *Qual o conceito de compaixão no contexto da relação entre enfermeiros que trabalham em serviços de saúde infantil e pediatria?*

O universo dos enfermeiros portugueses tem vindo a aumentar desde o ano 2000. Dados estatísticos apresentados pela Ordem dos Enfermeiros revelam que, em 2012, cerca de 3% dos enfermeiros com títulos reconhecidos de especialista pela OE são da área de saúde infantil e pediatria. Numa profissão que continua a ser maioritariamente feminina, apenas 5,8% dos enfermeiros com a especialidade de saúde infantil e pediatria são do género masculino (OE, 2012). Vieira (2009) refere que, num estudo realizado pela enfermeira Constança Festas (1996), cujo objetivo era o de conhecer a perceção dos pais acerca dos cuidados de enfermagem prestados às suas crianças, se verificava que aqueles a faziam depender da pessoa do enfermeiro, da expectativa de este se caracterizar como boa pessoa, com vocação para o que faz e, no caso particular da pediatria, usar do carinho e da ternura no trabalho, demonstrando afeto pelas crianças e gosto pelo seu trabalho.

A criança e a família vinculam-se e necessitam de sentir segurança na relação com o enfermeiro, que deve ser detentor de competências interpessoais excelentes, relação esta limitada no tempo e na situação requerida (Golberg, 1998). Este binómio parece valorizar, e

revelar, maior vinculação e segurança no enfermeiro que é capaz de estabelecer uma interação empática antes, durante e após qualquer procedimento técnico. Este ambiente humano, caracterizado pelo humor, pela empatia e pela vertente lúdico-didática, muito próprio da pediatria, é por si só um forte indicador a ter em conta nas inter-relações profissionais das equipas de enfermagem em saúde infantil e pediatria.

Tratando-se do cuidado à criança, as considerações referentes à importância do vínculo afetivo entre o cuidador e quem é cuidado são particularmente importantes, porque a criança é um ser em rápido crescimento e desenvolvimento e, devido à sua imaturidade, é normalmente incapaz de se autocuidar sendo, portanto, extremamente dependente dos cuidados. Logo, o enfermeiro deve possuir conhecimentos sobre quem é essa criança; como é que esta se desenvolve; quais são suas necessidades; de que modo essas necessidades variam de acordo com a idade e o contexto familiar e social no qual está inserida. Requer, principalmente, um envolver-se, um comprometer-se com a causa da criança e da sua família ou da sua comunidade (Silva, 2005).

Na enfermagem de pediatria, o foco dos cuidados centra-se na criança, em parcerias genuínas com a família, tendo em vista a satisfação das necessidades de ambos, a promoção de um ambiente saudável e propício aos cuidados, e a valorização dos seus conhecimentos e da educação, através da identificação e utilização de recursos e apoios. O enfermeiro deve ser detentor de um conjunto de axiomas: ter uma visão holística, valores e princípios, defendendo atividades e políticas de cuidados com responsabilidades, resultados, reconhecimentos e recursos (RNAO, 2002), tal como refere a enfermeira de pediatria:

*"Nursing is not just caring, nor is it just qualifications. It is the combination of both that benefits patients – being able to use the evidence base to inform practice and demonstrate that dignity, care and compassion are fundamental. Before I started the course, my perception of children's nursing was different to the one I am taking with me to the staff nurse role. My experiences have shown that empowering children and young people to be partners in their care and every aspect of service delivery produces the best outcomes."*  
(Brown, 2010, p. 14)

A criança (considerada neste estudo desde o nascimento até aos dezoito anos de idade) por si só é um elemento social da maior vulnerabilidade, tal como acontece com os idosos, com os doentes, com as pessoas portadoras de deficiência ou com os marginalizados. Ora, se a criança se apresenta doente, a sua vulnerabilidade é potenciada. Nos serviços de pediatria, o enfermeiro lida direta e simultaneamente com o sofrimento e a dor da criança e de, pelo menos, uma figura familiar. É fácil perceber que o enfermeiro é impelido a cuidar este binómio de sujeitos em sofrimento e vulnerabilidade com compaixão, o que para si próprio pode representar uma sobrecarga emocional, psicológica

e relacional acrescida. Serviços de pediatria de cuidados diferenciados, como as unidades de cuidados intensivos, urgências, oncologia ou neonatologia, onde a vida da criança e o seu bem-estar estão mais ameaçados, conferem ambientes de maior stress para as equipas de enfermagem.

Estes serviços desafiam exponencialmente o enfermeiro à empatia e à sua resiliência contra o *burnout* e os maus prognósticos, bem como ao trabalho em equipa com os pares, num ambiente de honestidade e confiança, amplificando as competências e as capacidades do enfermeiro na ajuda à criança e família (Sands *et al.*, 2008). Cuidar da pessoa-enfermeiro como um ser humano centrado nos cuidados à pessoa (criança/família), numa perspetiva holística, deve ser um imperativo à reflexão e ao estudo na enfermagem contemporânea, para que tenda a valorizar o ambiente propício à elevação do nível profissional e à humanização dos cuidados de enfermagem, através do respeito profundo face às necessidades do enfermeiro e da sua equipa, e da elevação do nível do seu saber, da sua consciência, da sua atitude e da sua ação compassivas.

### **1.3 - As Finalidades E Os Objetivos Do Estudo**

Neste subcapítulo, descrevemos as finalidades e os objetivos da nossa análise conceptual, o que diz respeito à segunda etapa do método de Walker e Avant (2005). Como já foi referido, o propósito desta dissertação é o de contribuir para:

- Uma cultura de compaixão no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família;
- A humanização dos cuidados de enfermagem à criança/família;
- Uma definição do conceito de compaixão no exercício profissional dos enfermeiros de SIP;
- O desenvolvimento profissional dos enfermeiros de SIP.

Neste sentido, estabelecemos como objetivo principal o de analisar o conceito de compaixão no contexto da relação entre pares em ESIP e, como objetivos específicos pretendemos:

- Identificar as utilizações do conceito.
- Determinar os atributos que o definem.

- Apresentar um caso modelo e os casos adicionais.
- Identificar os seus antecedentes e as suas consequências.
- Identificar os seus indicadores empíricos.
- Propor uma definição para o conceito.

Os cinco primeiros objetivos específicos correspondem às seis últimas etapas do método de Walker e Avant (2005) que estruturam este trabalho.

## **1.4 - Os Participantes Do Estudo**

No desenvolvimento desta análise conceptual, tivemos em consideração a opinião dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de SIP. A nossa amostra foi intencional, do tipo “Bola de Neve”, partindo desta população de enfermeiros com pelo menos três anos de experiência profissional, porque se estima que a antiguidade numa instituição determina a adaptação às suas normas dentro dos subsistemas sociais (Troncoso-Poblete *et al.*, 2012). Na abordagem qualitativa de pesquisa, as amostras são propositadas (*purposeful sampling*), já que se pretende apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis. A amostra do tipo “Bola de Neve” advém dos casos que vão surgindo em cadeia, e que permitem identificar outros de interesse, a partir dos próprios enfermeiros em pesquisa (Nogueira-Martins e Bógus, 2004).

O tamanho da amostra só foi pertinente na medida em que traduziu a vivência e o conhecimento dos enfermeiros sobre o problema em questão (Turato, 2005). Iniciamos a seleção da amostra com um enfermeiro de um serviço de internamento de oncologia pediátrica, o qual, por sua vez, sugeriu outro colega de uma outra instituição a trabalhar num serviço de internamento de pediatria médico-cirúrgica. Deste modo, prosseguimos em “Bola de Neve”, passando por várias instituições da área metropolitana do Porto com colegas a exercer funções em unidades de transplantação de medula óssea, em neonatologia, em unidades de cuidados intensivos pediátricos, em serviços de urgência de pediatria, em internamento de pediatria cirúrgica, numa consulta de pediatria, num internamento de pediatria médica e numa unidade de cuidados na comunidade. Procuramos desta forma abranger várias especialidades na área da saúde infantil e

pediatria, bem como diferentes equipas de enfermagem e instituições de saúde, com o intuito de obter um conjunto alargado de opiniões e vivências dos enfermeiros.

Esta amostra resultou num total de onze enfermeiros com as seguintes características:

- Dois enfermeiros do sexo masculino e nove do sexo feminino.
- Enfermeiros com um tempo mínimo de exercício profissional de cinco anos, e um tempo máximo de trinta e um anos em SIP.
- Cinco enfermeiros exercem funções em regime de trabalho por turnos e seis em regime de horário fixo.
- Sete enfermeiros trabalham exclusivamente na área da prestação de cuidados à criança/família e quatro exercem funções de responsável pela gestão do serviço e de prestação de cuidados (nenhum dos enfermeiros entrevistados é chefe de serviço).
- Cinco dos enfermeiros têm o grau de especialista em ESIP e dois em enfermagem de reabilitação.

## **1.5 - Os Procedimentos De Recolha E Tratamento Dos Dados**

Contextualizado o estudo no paradigma qualitativo (indutivo), selecionamos o método de análise conceptual de Walker e Avant (2005), que engloba uma revisão de literatura extensiva sobre o conceito, a comparação de ideias expostas e, eventualmente, a síntese e a elaboração de conclusões próprias acerca do mesmo (Enders *et al.*, 2004). No segundo capítulo deste estudo apresentamos os dados recolhidos na revisão de literatura, realizada nas seguintes fontes:

- Dicionários de língua portuguesa e inglesa, de psicologia, de filosofia e de bioética.
- Livros de enfermagem, de medicina, de espiritualidade e de filosofia. Três destes foram considerados pilares para o estudo: um sobre a condição humana, de Armstrong (2011); um de medicina, de Damásio (2010); um de enfermagem, de Chambers e Ryder (2009).
- Publicações académicas em bases de dados eletrónicas, entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013. Os termos de busca resultaram de uma pesquisa prévia, livre, em que se procurou compreender a lógica de organização das bases, bem como os respetivos



descritores, tendo optado pelos seguintes termos de busca: *Compassion; Nursing; Teamwork; Paediatric Nursing; Concept Analysis, Caring; Burnout; Compassion Fatigue; Empathy*. Estes foram operacionalizados através de expressões booleanas *AND* e *OR*. Consideraram-se ainda todos os artigos escritos em língua inglesa, hispânica e portuguesa, que estavam acessíveis no seu formato completo, entre 1998 e 2012.

- Pesquisa eletrónica no 'Charter For Compassion' de Karen Armstrong.

- Pesquisa eletrónica nos Guias de Boas Práticas da RNAO.

- Pesquisa na base de dados da Biblioteca Nacional, que permitiu aceder à dissertação de mestrado em enfermagem sobre a compaixão, da enfermeira Teresa Marçal (1994).

- Outras dissertações consultadas na área da psicologia e da medicina.

Uma vez que não encontramos dados obtidos em trabalhos de investigação acerca da compaixão entre pares em ESIP, optamos por encorajar os enfermeiros, que trabalham nesta área de especialidade, a partilhar as suas perceções e vivências, refletindo sobre o conceito e a importância da compaixão na equipa de enfermagem, tendo por base as suas experiências profissionais.

As técnicas qualitativas proporcionam uma oportunidade para as pessoas revelarem os seus sentimentos (ou a complexidade e intensidade dos mesmos): o modo como falam sobre as suas vidas é importante; a linguagem usada e as conexões realizadas revelam o modo como o mundo é percebido por elas (Spencer, 1993; Cit. Por Nogueira-Martins e Bógus, 2004). A entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. A relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde (Lüdke e André, 1986; Cit. Por Nogueira-Martins e Bógus, 2004).

Pretendendo obter dados ricos com descrições de pessoas, de situações, de acontecimentos e de vivências, o nosso instrumento de pesquisa consistiu numa entrevista semiestruturada, gravada em suporte áudio. A entrevista semiestruturada é aquela que parte de questões básicas, apoiadas em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de questões, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Este, seguindo espontaneamente a linha do seu pensamento e das suas experiências, dentro do tópico principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. É útil esclarecer que essas perguntas fundamentais, que constituem em parte a entrevista semiestruturada, são resultado não só da teoria que sustenta a ação do

investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenómeno que interessa (Nogueira-Martins e Bógus, 2004).

O primeiro guião de entrevista foi alterado após a primeira entrevista (pré-teste), por a pergunta aberta, “Fale-me, por favor, do seu percurso profissional?”, não se ter revelado útil para o estudo. Foi então elaborado um segundo guião da entrevista, validado após nova entrevista teste. Ambas as entrevistas dos pré-testes foram rejeitadas.

As questões abertas do guião da entrevista tiveram o propósito de obter opiniões e histórias pessoais (e como tal subjetivas) dos enfermeiros que livremente narrassem os episódios considerados como os mais marcantes, relativamente à prática da compaixão entre pares, e que evidenciassem os seus pensamentos, sentimentos, motivações e ações, sem interromper quer o curso da narração, quer a sua reflexão. Os enfermeiros foram, assim, questionados sobre: “O que é para si compaixão entre pares no âmbito profissional da enfermagem pediátrica?”; “Qual a importância que atribui à compaixão entre pares na prática de enfermagem em pediatria?”; “No âmbito da sua experiência profissional enquanto enfermeiro de pediatria é capaz de recordar e partilhar: Uma história que considere exemplar de compaixão entre os seus pares?”; “Uma outra história em que considere não ter havido compaixão entre os seus pares?” (ver Anexo I)

No agendamento de cada entrevista esclareceram-se os enfermeiros relativamente ao tema em estudo, e solicitou-se-lhes um exercício prévio de memória acerca de duas histórias exemplares, uma de compaixão e outra de não compaixão, entre colegas, vivenciadas ou assistidas pelos próprios. No momento da entrevista, esclarecemos a finalidades e os objetivos do estudo, e o que consideramos ser a “relação entre pares”: aquela que o enfermeiro estabelece com o outro enfermeiro; com o aluno de enfermagem; com o enfermeiro chefe; com a equipa de enfermagem; ou com as equipas de enfermagem de diferentes serviços.

Os enfermeiros foram entrevistados entre abril e junho de 2013. As entrevistas decorreram no espaço da preferência dos participantes, foram gravadas em áudio, tiveram uma duração entre 8 e 33 minutos e foram depois transcritas. Concluída a transcrição das entrevistas, procedemos à análise de conteúdo das respostas de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2002). As fases da análise de conteúdo, segundo a autora, organizam-se em torno de três polos cronológicos: o primeiro, a pré-análise; o segundo, a exploração do material; o terceiro, o tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. Na fase de pré-análise procedemos à leitura flutuante da transcrição das entrevistas dos onze enfermeiros, bem como à organização dos dados obtidos, constituindo-se deste modo um *corpus* global a ser submetido aos procedimentos

analíticos. Nesta escolha, tivemos em consideração as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência da técnica, defendidas pela autora. A pré-análise das transcrições resultou num *corpus* específico quer para as duas primeiras questões, relativas às características e dimensões da compaixão entre pares, quer para as duas últimas questões que solicitam as histórias de compaixão e de não compaixão aos enfermeiros entrevistados.

A segunda fase da análise de conteúdo - a exploração do material -, que implica a categorização das unidades de registo selecionadas para cada domínio, teve em consideração os princípios estabelecidos por Bardin (2002): a exclusividade, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e fidelidade, e a produtividade. A última etapa destinou-se ao tratamento dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas para análise, culminando nas interpretações inferenciais. Deste modo, a nossa análise categorial irá permitir o agrupamento dos segmentos nas suas respetivas equivalências, a partir dos significados, em função do julgamento da investigadora e da identificação do que havia de comum entre eles.

A análise de conteúdo visou numa primeira fase a identificação dos atributos, dos antecedentes e das consequências da compaixão entre pares, relativamente ao primeiro *corpus* estabelecido; numa fase posterior as narrativas dos enfermeiros (segundo *corpus*) foram analisadas de forma temática, visando identificar os atributos da compaixão entre pares nas histórias de compaixão e de não compaixão, os quais nos permitiram reconhecê-las como casos modelo e adicionais. Desta forma, a análise de conteúdo das entrevistas contribuiu para a análise conceptual da compaixão entre pares em ESIP, de acordo com os procedimentos estabelecidos pelo método de Walker e Avant (2005).

## **1.6 – Os Procedimentos Éticos Do Estudo**

Segundo Kant, “age por forma a que uses a humanidade, quer na tua pessoa como de qualquer outra, sempre ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como meio” ([s.d.]; Cit. Por Silva *et al.*, 2008). Ora, toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes, e o

investigador tem um longo caminho de requisitos a percorrer, desde a seleção do problema até à publicação dos resultados. A investigação em enfermagem não está isenta destas exigências, devendo ter em consideração os princípios éticos internacionalmente estabelecidos. Estes princípios, comuns a qualquer investigação na área da saúde, têm, no entanto, particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base (Martins, 2008). Qualquer atividade científica deve obedecer aos princípios éticos que consideram cada um dos seres humanos (investigadores/investigados), aos quais se tem vindo a chamar de *ética cívica transnacional* (Cortina, 2007; Cit. Por Silva *et al.*, 2008).

Neste estudo, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, que devem pautar o decorrer de uma investigação (Grande, 2000; Cit. Por Martins, 2008), foram considerados em todos os seus momentos, em particular alguns princípios éticos consagrados na declaração universal sobre bioética e direitos humanos da UNESCO (2006): a proteção da dignidade humana (no respeito dos interesses e bem-estar dos participantes); o respeito pela autonomia e pela responsabilidade individual (em qualquer momento os enfermeiros, se o entendessem, podiam interromper a colaboração no estudo); o respeito pela igualdade, pela justiça e pela equidade dos enfermeiros intervenientes; a não discriminação e a não estigmatização (favorecidos pelo tipo intencional de amostra “Bola de Neve”); o apelo à solidariedade e à cooperação no estudo (todos participaram voluntaria e abnegadamente); o compromisso na partilha dos benefícios e dos resultados obtidos (quer para os participantes diretos no estudo, quer para a comunidade científica em geral); o respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo (na liberdade de expressão dos participantes); a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo II). Este foi obtido por escrito, após explicação inequívoca das fases da investigação e da ausência de potenciais prejuízos para os participantes. O mesmo consentimento esclarece que, devido ao facto de a colheita de dados ser sido realizada através de entrevista com gravação áudio, esta seria destruída após a sua transcrição.

Como as entrevistas foram realizadas num espaço que conferisse a preservação da intimidade, confidencialidade e anonimato, em momento algum será possível fazer a ligação entre as palavras do enfermeiro e a sua identidade, pessoal ou profissional. Neste sentido, todas as entrevistas foram transcritas por ordem cronológica, e identificadas com a respetiva atribuição de uma letra E (de enfermeiro) e de um número (por ordem de realização). Veja-se a título de exemplo: primeiro enfermeiro entrevistado - E1; segundo enfermeiro entrevistado - E2; e assim sucessivamente.

Uma das mais valiosas características que pode ter o investigador é, sem dúvida, a humildade. É com humildade que o investigador deste estudo reconhece a possibilidade de erro e coloca à discussão as conclusões aqui formuladas. Asseguramos a não manipulação dos dados de forma a confirmar qualquer afirmação enunciada ou qualquer conclusão obtida (Martins, 2008). Algumas condições respeitadas pelo investigador, na implementação deste trabalho, foram a honestidade e a integridade; a transparência e a promoção de debate público (UNESCO, 2006). Na análise dos dados, a afirmação das conclusões foi exclusivamente retirada dos elementos obtidos. A avaliação dos resultados finais foi feita com um profundo sentido crítico, através de uma análise isenta e rigorosa, cuidadosamente confrontada com o que outros autores tenham concluído e com real suporte nos dados recolhidos. Desta forma, consideramos ter extraído conclusões válidas e pertinentes.



## **CAPÍTULO 2**

### **APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

“Compassionate love is an attitude toward other(s), either close others or strangers or all of humanity; containing feelings, cognitions, and behaviors that are focused on caring, concern, tenderness, and an orientation toward supporting, helping, and understanding the other(s), particularly when the other(s) is (are) perceived to be suffering or in need.” (Sprecher & Fehr, 2005)

Neste capítulo, apresentamos, analisamos e discutimos os dados obtidos seguindo cada uma das seis últimas etapas da análise conceitual de Walker e Avant (2005): identificar todas as utilizações do conceito que pudermos pesquisar; determinar os atributos que definem o conceito; identificar um caso modelo; identificar casos adicionais (semelhante, relacionado, contrário, ficcional e/ou ilegítimo); identificar os antecedentes e as consequências do conceito; estabelecer os indicadores empíricos do conceito. Terminamos o capítulo com uma proposta para uma definição do conceito em análise.

#### **2.1 – Identificando Os Usos Do Conceito De Compaixão Entre Pares Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria**

Na continuidade metodológica de Walker e Avant (2005), a terceira etapa constitui a identificação de todas as utilizações do conceito que pudermos pesquisar.

As autoras sugerem várias fontes para a pesquisa do conceito - dicionários, teses, obras literárias e colegas - que permitam, tanto quanto possível, identificá-lo nas suas múltiplas formas de utilização, não limitando a pesquisa às áreas de enfermagem ou médica, opção que poderia desvirtuar o seu sentido mais fidedigno. Numa visão ampliada sobre os usos implícito e explícito da compaixão entre pares, pretendemos obter suporte para a clarificação de todos os domínios que a definam. Procuraremos compreender qual o significado que as diferentes disciplinas atribuem ao conceito de compaixão: percorremos a vertente ético-filosófica, passando pelo modelo de Karen Armstrong, bem como pelas perspectivas da medicina e da psicologia, e pela vertente clínica de enfermagem. Salientamos também alguns autores que integram a compaixão no âmbito da biologia evolutiva e das inter-relações na equipa de enfermagem.

### 2.1.1 – A Compaixão Na Literatura

Em sânscrito, língua mais antiga que a latina ou a grega, e ainda uma língua viva no Oriente, *karuna* é a palavra que designa compaixão, empatia e entendimento (Saraswati, [s.d.]). O conceito, tal como o designamos, tem o seu étimo na palavra grega *pathein*, que derivou para o termo latino correspondente, *patiri*, e significa “sofrer, vivenciando ou experienciando”. A raiz da palavra latina para compaixão é *passio*, a qual, significando “sofrer”, quando associada ao prefixo *com*, toma o sentido literal de “sofrer com” (Lilius et al., 2008). Neste sentido, compaixão tem o significado de “partilhar com a outra pessoa”, colocarmo-nos no lugar do outro, sentirmos a sua dor como se fosse nossa e estar disposto a entrar generosamente no seu ponto de vista (Armstrong, 2011).

Na língua semita, o termo está etimologicamente relacionado com o vocábulo *Rehem/RHM*, que significa útero (*rahamanut* em hebreu pós-bíblico e *rahman* em árabe) esta relação associa o ícone da mãe e da criança, como um arquétipo expressivo do amor humano, à compaixão. Por seu lado, os muçulmanos utilizam o termo *Jian Ai* com o mesmo significado de “amor universal”, mas a melhor tradução atribui-lhe o significado de “preocupação por todos”; *Ai* como a benevolência imparcial num enraizado sentido de equidade, e numa disciplina de respeito por todo o ser humano (Armstrong, 2011).

No Japão ancestral, os samurais (classe guerreira feudal ou Bushi) criaram um código de ética, conduta e honra, o Bushido, a partir da reunião de conceitos filosóficos



budistas, xintoístas e confucionistas, no qual se declara a Compaixão (*Jin*) como a benevolência, a simpatia e o amor incondicional pela humanidade (Kishikawa, [s/d]). Este conceito prevalece no código ético da sociedade nipônica contemporânea.

Esta diversidade etimológica não parece coincidir com o significado do conceito, que se repercute ao longo do tempo de modo uniforme e universal, e que os dicionários definem, de uma forma geral, como o *sentimento de quem partilha do sofrimento alheio, de quem o lastima. Sinónimo de comiseração, dó e piedade. Antónimo de insensibilidade* (*Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, 2001).

O *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2002), define compaixão como “o sentimento piedoso de simpatia para com a tragédia pessoal de outrem, acompanhado do desejo de a minorar; participação espiritual na infelicidade alheia que suscita um impulso altruísta de ternura para com o sofredor.”

A definição da palavra compaixão em língua inglesa - *Compassion* - é consistente com o significado atribuído pelos dicionários de língua portuguesa. O dicionário britânico refere:

“The word compassion – from Latin “com” (together with) and “pati” (to suffer) – is defined as: 1. Suffering; fellow-feeling, empathy. 2. The feeling of emotion, when a person is moved by the suffering or distress of another, and by the desire to relieve it; pity that inclines one to spare or to succor. 3. Sorrowful emotion, sorrow, grief.” (Oxford English Dictionary, 1989; Cit. por Schantz, 2007, p.51); “(a) adj. characterized by attention to the needs of others, esp. those unable to look after themselves adequately; professionally involved in the provision of health or social care; (b) n. attention to the needs of a child, elderly person, invalid, etc. Emotional and physical nourishment and care; =[nurturing n.](#) Also: the capacity or tendency to provide nurture.” (*Oxford English Dictionary*, [s.d.])

Confirmando o significado anterior, o dicionário americano descreve: “Compassion is defined as a sense of shared suffering, combined with a desire to alleviate or reduce such suffering.” (*American Heritage Dictionary*, 2000; Cit. por Schulz *et al.*, 2007, p. 6)

O *Dicionário de Bioética* (2001) define três fases na compaixão: a primeira corresponde à empatia e à compaixão silenciosa; a segunda, à compaixão expressiva; a terceira é a que dá voz à sua nova identidade. A linguagem da compaixão comporta transformações na pessoa que sofre, as quais facilitam o processo da sua identificação. O comportamento compassivo provoca mudanças na criação e no fortalecimento de um hábito inscrito na virtude da compaixão.

Estas definições de compaixão, apesar de unânimes, apresentam noções que ficam aquém da compreensão objetiva de que necessitamos para entender este fenômeno complexo, intimamente relacionado com a condição humana e, por consequência, com a

enfermagem. Com efeito, todos os enfermeiros, de uma maneira ou de outra, experienciam este fenómeno na sua prática clínica.

Na última década registou-se uma explosão de estudos e de pesquisas sobre novas descobertas acerca dos aspetos positivos e negativos da compaixão. Disciplinas como as neurociências, a genética, a psicologia, a biologia evolutiva, a teologia, a filosofia, a bioética, etc. (com o interesse em compreender e promover a condição humana), vêm contribuindo para a compreensão deste fenómeno pró-social.

#### 2.1.1.1 – A Perspetiva Ético-Filosófica

Em 1984, a equipa do paleoantropólogo Richard Leakey descobriu no Quênia, no Lago Turkana, um esqueleto fossilizado datado de há 1,5 milhões de anos. Tratou-se de um ancestral humano, identificado como *Homo erectus*, e que ficou conhecido como “O Rapaz de Turkana”. Neste projeto, financiado pela National Geographic, documentado no vídeo *Bones of Turkana*, Leakey referiu quatro características principais e intrínsecas ao ser humano, que permitiram a este último evoluir para o atual *Homo sapiens* e migrar de África para todo o planeta: a linguagem, o uso de ferramentas, o caminhar bípede e a compaixão. Esta compaixão ancestral é inferida pela capacidade de o *Homo erectus* cuidar dos mais vulneráveis e fisicamente doentes (como era o caso do “Rapaz de Turkana”), oferecendo-lhes afeto e proteção, permitindo-lhe, desta forma, sobreviver num mundo predatório.

Na atualidade, as melhores teorias científicas, incluindo as teorias da evolução e da psicologia, comprovam a teoria da Grécia antiga, isto é, a de que somos animais sociais. Nenhuma explicação racional, em termos de um contrato social, é necessária para compreendermos o porquê de escolhermos viver juntos, tendo em vista a segurança das vantagens da cooperação, subjugando os nossos desejos mais egoístas. Tal como qualquer outro animal social, os nossos impulsos naturais não são só dirigidos para a satisfação do nosso próprio prazer e preservação, mas também para as necessidades de altruísmo e de cooperação (Hursthouse, 2012).

Os gregos, na antiguidade, acorriam às representações dramáticas - *Tragédias* -, para chorarem juntos, convencidos de que a partilha do desgosto reforçava os laços de cidadania e recordava, a cada membro da audiência, que não estava sozinho na sua mágoa pessoal. Aristóteles (384-322 a.C.) defendeu que o exercício dos nossos poderes racionais é essencial para a experiência empática da representação da tragédia grega. Esta educava as

emoções e ensinava as pessoas a senti-las de uma forma correta. Assim, a arte ajuda-nos a constatar que não estamos sós, todos os outros também sofrem (Armstrong, 2011).

Aristóteles prosseguiu as ideias de Sócrates (c.470-399 a.C.) e de Platão (c.428-347 a.C.), quando atribuiu às virtudes uma importância central para o bem-estar do ser humano. Segundo ele, o saber prático não pode ser adquirido apenas pela aprendizagem de regras gerais. É necessário também adquirir, pela prática, as aptidões emocionais e as competências sociais que nos possibilitem colocar o nosso entendimento geral, sobre o bem-estar, numa prática bem adequada a cada situação. Se usarmos bem a razão, viveremos melhor como seres humanos. O que distingue o ser humano das outras espécies, oferecendo-lhe o potencial de viver bem uma vida, é a sua capacidade de ser orientado pela razão. Para Aristóteles, a felicidade consistia em usar bem a razão no decurso de uma vida inteira, através de ações virtuosas. Para tal, considerou dois tipos de virtudes: as virtudes da mente ou intelecto, que pertencem à alma racional (por exemplo, os saberes prático e teórico); as virtudes éticas ou de carácter, que não pertencem à alma racional mas seguem a razão, como a temperança, a coragem, a honestidade, a generosidade, etc. Na mesma linha de Platão e de Aristóteles, atualmente as virtudes éticas têm relevância numa educação moral, não pelo mero inculcar de regras, mas sim pelo privilégio do treino de carácter (Kraut, 2010).

Entre 900 e 200 a.C., período histórico a que o filósofo alemão Karl Jaspers (1883-1969) chama de *Era Axial*, ocorreu uma revolução espiritual, filosófica e criativa que se revelou essencial para o progresso espiritual da humanidade. O desafio, nesta época, era o de descobrir a espiritualidade que afirmasse uma nova política de unificação imperial (Armstrong, 2006). Em quatro regiões distintas do mundo, neste período histórico, sábios, profetas e místicos começaram a desenvolver tradições que continuaram a alimentar a mente dos homens: hinduísmo, budismo e jainismo, no subcontinente indiano; confucionismo e tauismo na China; monoteísmo no Médio Oriente e racionalismo filosófico na Grécia. Foi o período dos *Upanishads*, de Buda, de Confúcio, de Laozi, de Isaías, de Ezequiel, de Esdras, de Sócrates e de Ésquilo. Cada uma destas tradições formulou a sua própria versão da chamada Regra de Ouro - “Trata sempre os outros como gostarias tu próprio de ser tratado” - que nos impele a olhar o nosso próprio coração, a descobrir o que nele nos faz sofrer e recusar, sob qualquer circunstância, infligir essa mesma dor a quem quer que seja, mesmo àqueles considerados como os nossos inimigos. A compaixão foi, desta forma, um elemento-chave e transversal a cada um destes movimentos (Armstrong, 2011).

Mais tarde, o filósofo inglês Joseph Butler (1692-1752) definiu compaixão como “o verdadeiro pesar e preocupação pela miséria das nossas criaturas irmãs”, originando o desejo de aliviar a sua dor. A paixão da compaixão tem um papel central na nossa ação moral e nasce da habilidade imaginária de substituímos o outro por nós próprios, e assim sermos afetados pela sua dor, compadecendo-nos dele como por nós. Butler acrescenta que a compaixão é importante para o nosso bem-estar, e que aqueles que possuem um “coração duro” tendem a ser mais infelizes, porque bloqueiam e diminuem o seu nível de felicidade (Garrett, 2012).

Posteriormente, o filósofo espanhol Miguel de Unamuno (1864-1936), considerado o filósofo da compaixão, dedica no seu ensaio *Do Sentimento Trágico da Vida*, uma especial reflexão à condição humana e ao que nela há de compaixão. Este destaca “o egoísmo como princípio da gravitação psíquica e conclui que nada há mais de universal do que o individual porquanto o que é de cada um, é de todos.” (Cit. por Guerra, 1965, p. 64). O filósofo esclarece que

“O homem é um fim – e não um meio. Toda a civilização é endereçada ao homem, a cada homem, a cada eu. [...] Mas o homem não vive só; não é um indivíduo isolado, mas um membro da sociedade... E se o indivíduo se mantém pelo instinto de conservação, a sociedade deve manter-se pelo instinto do indivíduo em perpetuar-se. [...] Cada homem vale mais do que toda a humanidade, e de nada serve cada um a todos, senão na medida em que todos se sacrificuem a cada um.” (Unamuno, 2007, pp. 18, 29, 44).

Ainda a propósito de compaixão, Unamuno elucida que não se conhece nada que de algum modo não se ame primeiro, ou a que pelo menos se esteja ligado, e mais se ama aquele por quem se tenha tido compaixão. O amor começa por nós próprios e por tocar o nosso próprio nada ou seja, o não conseguirmos tocar a nossa “própria infinitude e eternidade”, e descobriremos que nada somos. Da autocompaixão, passamos a compadecer-nos por aqueles que mais se nos assemelham e estão próximos e só depois por tudo o que vive e até pelo que não vive, mas existe. O pensamento do autor, para quem o “fundamento da moral é a compaixão” (Unamuno, p. 115), prossegue na valorização da dor e da consciência, para que o homem se compadeça:

“[...] toda a consciência é uma consciência de morte e de dor. [...] A dor é o caminho da consciência, e é por ele que os seres vivos chegam a ter consciência de si. A consciência de si mesmo não passa da consciência da própria limitação; [...] Podemos abarcar tudo ou quase tudo com o conhecimento e o desejo, nada ou quase nada com a vontade. E deste choque entre o nosso saber e o nosso poder surge a compaixão. Compadecemos-nos, do nosso semelhante, e tanto mais, quanto mais e melhor sentirmos a sua semelhança connosco. Debaixo dos atos dos meus mais próximos semelhantes, os outros homens, sinto – consinto; Ao ouvir um grito de dor a meu irmão, a minha própria dor desperta e grita, no fundo da minha consciência. E do mesmo modo sinto a dor dos animais e de uma árvore à qual arrancam um ramo, sobretudo quando tenho viva a fantasia, faculdade de intuição, de visão interior.” (Unamuno, 2007, pp. 110-111)

No oriente e na perspectiva filosófica e espiritual budista, a compaixão é entendida como o desejo de todos os seres vivos se libertarem do seu sofrimento (Gillath *et al.* 2005; Cit. por Castilho e Gouveia, 2011). Trata-se, pois, de uma atitude moralmente virtuosa (no sentido ético) que, para além de uma consciencialização do sofrimento do outro (por responsabilidade e não por sentir o sofrimento do outro de uma forma vicariante), busca também ativamente o seu alívio, tendo por base a premissa de que fazemos parte do mesmo todo - a humanidade. Estamos todos ligados entre nós, ou seja, existe uma consciência de comunidade e, como tal, interconetividade e interdependência. Trata-se do desejo de todos os seres se aliviarem do seu sofrimento. Portanto, ao invés de uma mera resposta emocional ao sofrimento dos outros, existe uma intencionalidade, uma escolha consciente e uma deliberação racional, pertencendo à categoria de emoções que têm uma componente cognitiva mais desenvolvida, ou seja, uma combinação de empatia com razão (Dalai Lama, 2001a; 2001b; Goetz, 2009a, 2009b; Cit. por Fontinha, 2009).

No entender de Sogyal Rinpoche (1993), “a compaixão não é verdadeira se não for ativa” (Rinpoche, p. 227). Inclusive, na iconografia tibetana, o Buda da Compaixão - Avalokiteshvara (ou Chenrezi) - é representado como um deus, com mil olhos que veem o sofrimento em todos os cantos do universo, e com mil braços que se estendem para prestar ajuda a todos os que sofrem.

Rosa (2013) refere que “existir é ser percecionado” (p. 145), e autora acrescenta que os estados de alma equivalem a paisagens que se querem interpretadas. Ora, segundo Merleau-Ponty (1999), é através do mundo que o Eu é visto e pensado. E só podemos reconhecer o Outro através do nosso próprio corpo-sujeito e do seu poder de abertura ao mundo, o qual não é meramente pensado, mas antes vivido por nós. O Outro e o Eu estão ambos nesse mundo: o Outro acontece-me, mas Eu também lhe aconteço, nele nos encontramos e nos afetamos. Vemos aqui o apelo à ação de abertura ao outro, atitude que nos permite, através do nosso corpo e da percepção que temos dele, saber o que sentiríamos se estivéssemos no seu lugar. Para se (re)conhecer o Eu e o Outro é preciso ter autoconsciência e consciência do outro, bem como saber distinguir o comum da singularidade de ambos.

O sofrimento e a dor do outro interrogam-nos sobre o sentido da vida, da morte e até do propósito do sofrimento em si. A sua natureza ubíqua torna-nos mais conscientes das nossas vulnerabilidades, medos e preconceitos, e predispõem-nos à abertura mental e emocional que contextualiza o Eu e a sua circunstância, até à compreensão global de que para tudo existe uma razão, mesmo que desconhecida.

#### 2.1.1.2 – O Modelo De Compaixão De Karen Armstrong

Karen Armstrong foi nomeada por Kofi Annan, em 2005, para participar na iniciativa das Nações Unidas “A Aliança das Civilizações”. Foi premiada em 2008 com a Franklin D. Roosevelt Four Freedoms Medal e com o prémio TED (Technology, Entertainment, Design). Este último permitiu-lhe criar a *Carta para a Compaixão (Charter for Compassion)*, um espaço cibernético destinado à divulgação, promoção e recuperação da compaixão no centro da vida moral contemporânea.

Em fevereiro de 2009, na Suíça, Armstrong reuniu um grupo de notáveis de seis tradições religiosas (judaísmo, cristianismo, islamismo, hinduísmo, budismo e confucionismo), o denominado “Conselho da Consciência”, com a finalidade de redigir a versão final da *Carta da Compaixão*, para a qual contribuíram milhares de pessoas de todo o mundo, que pode ser consultada no espaço [www.charterforcompassion.org](http://www.charterforcompassion.org) (Armstrong, 2011).

Em 2010, Armstrong publica o seu livro intitulado *Twelve Steps to a Compassionate Life*, no qual defende doze etapas para o processo do desenvolvimento de uma vida compassiva. A compaixão é aqui entendida como um valor ético e moral multifacetado, centrado na empatia, na equidade e no amor compassivo (para consigo próprio e para com o outro, até para aquele considerado como inimigo). Todo o ser humano pode aprender a desenvolvê-lo, partindo de todas as formas de sofrimento e de dor que experiencia e vive (Armstrong, 2011).

A autora identifica o saber colocar-se no lugar do outro como a pedra angular da compaixão, ao reabilitar a famosa Regra de Ouro - *Trata sempre os outros como gostarias tu próprio de ser tratado* -, transversal às culturas espirituais católica, budista, judaica, hindu e muçulmana. O embaixador etíope Mussie Hailu declarou o dia 5 de abril como o Dia da Regra de Ouro nas Nações Unidas.

Segundo Armstrong (2011), a compaixão pode ser entendida como uma atitude relacionada com o altruísmo e que, essencialmente, pretende:

- Capacitar-nos para sentir com o outro.
- Destronar o nosso ego do centro do mundo e colocar o outro em seu lugar.
- Preocuparmo-nos com todos, amigos e inimigos.

Nesta perspetiva, a autora desenha o processo compassivo como um projeto para toda a vida do ser humano, estruturado em doze níveis sequenciais que devem ser conhecidos e experienciados continuamente, lutando contra o desalento e a

autoaversão. A compaixão é possível no nosso mundo imperfeito e conflituoso, onde algumas pessoas conseguem atingir níveis heroicos de empatia, perdão e cuidados com todos. As doze etapas do modelo de Armstrong (2011), que a seguir se resumem, constituíram a inspiração para a realização deste trabalho:

#### 1º – Aprender Sobre Compaixão

A compaixão exige abertura de espírito e de coração às outras pessoas, às tradições, às culturas e às crenças diferentes das nossas, perscrutando, pelo estudo e pela reflexão, o que há nelas de comum para o homem universal. Para uma ética compassiva é necessária a rendição e a transcendência diária do ego vaidoso e orgulhoso, é essencial desafiar os preconceitos que separam os homens por ignorância, resistência, impulsividade, agressão, arrogância, chauvinismo e vingança. Cada pessoa tem a capacidade de se transformar, tornando-se um ícone de bondade, perdão, caridade, cortesia, amizade, tolerância e empatia, num mundo que parece impiedoso e autodestrutivo.

#### 2º – Olhar Para o Nosso Próprio Mundo

O nosso foco científico no mundo exterior foi benéfico para a humanidade, mas estamos menos aptos para a exploração da vida interior. É necessário aprendermos a olhar para os problemas sociais, políticos e económicos sem raiva, frustração ou impaciência, por não termos soluções fáceis e viáveis. É fundamental olhar a nossa comunidade com compaixão, calculando as suas capacidades e as suas fraquezas, e utilizar o seu pluripotencial na mudança necessária. No cuidado compassivo, há que ter em conta o espírito de serviço aplicado nas tarefas a cumprir, nas atitudes, na linguagem, no comportamento, etc.

Na sociedade moderna somos guiados por objetivos mais ligados à eficácia do que à compaixão. A necessidade de se criar uma “vantagem competitiva” tem como consequência o agravamento instintivo do “primeiro, eu”, que nos torna mais insensíveis para outras áreas da vida. Na vida política, e segundo Confúcio, se nos procuramos estabelecer, também devemos procurar estabelecer os outros; se ambicionamos posição social e êxito para nós mesmos, devemos certificar-nos de que os outros também os têm; se queremos que os nossos méritos sejam tidos em conta, devemos procurar assegurar que os outros têm essa mesma oportunidade.

#### 3º – Autocompaixão

A compaixão exige autoconhecimento e propõe que usemos os nossos próprios sentimentos como um guia para o nosso comportamento perante os outros. Se nos tratarmos de forma dura e ríspida, provavelmente trataremos também os outros desta forma. Precisamos adquirir um conhecimento mais saudável e mais equilibrado, tanto das

nossas forças como das nossas fraquezas. Antes de fazermos amizade com o próximo, devemos fazer amizade connosco.

O humor é importante: devemos ser capazes de rir, irônica e gentilmente, dos nossos erros ou falhas, da mesma forma que brincamos com um familiar ou amigo. É fundamental termos consciência das nossas transgressões e aceitar as nossas responsabilidades. É inútil a nossa punição amarga por sentimentos como a raiva, a inveja, o desprezo, o medo, o ódio e a avidez (característicos dos seres humanos e que também têm a sua função), pois isso só nos conduzirá à autoinsatisfação.

Sofrer é uma lei da vida e durante esta etapa é essencial reconhecer e conhecer a nossa própria dor. Se dissermos às pessoas para serem positivas quando nos falam das suas mágoas, podemos estar a fazer com que estas se sintam incompreendidas e sós no seu sofrimento. Nada é eterno e imutável: mesmo as pessoas mais afortunadas têm de se confrontar com a morte, a doença e a possibilidade de uma velhice débil, humilhante e vulnerável. Estamos todos sujeitos a sofrimentos físicos, ansiedades e cansaços, dor, tristeza e desesperos. No momento em que conseguimos algo, começamos logo a preocupar-nos com a sua possível perda.

Com frequência, somos nós a causa da nossa própria infelicidade. Estamos constantemente alerta contra qualquer coisa que possa ameaçar a nossa reputação e autoestima. Identificamo-nos tanto com as nossas opiniões que ficamos transtornados se perdemos uma discussão. Estamos tão ansiosos por nos vermos com uma boa imagem que temos dificuldade em pedir desculpa, e colocamos maior ênfase nas falhas dos outros. O resultado desta autoatenção provoca sofrimento, quer a nós próprios, quer aos outros. O egocentrismo limita a visão do mundo, distorcida pelos nossos desejos e necessidades pessoais. Raramente vemos as coisas e as pessoas como elas são na verdade. Somos seres assustados, inseguros e apreensivos, perturbados pelos nossos fracassos e defeitos, em constante posição de ataque, o que nos pode conduzir a hostilidades e até à crueldade para com os outros.

A cultura da compaixão proporciona-nos uma forma mais criativa e produtiva de lidar com os sentimentos humanos mais hostis para com os outros, compreendendo que aqueles de quem não gostamos, por uma razão qualquer, também sofrem. Quando os outros nos atacam, estão a sofrer provavelmente uma frustração e uma ansiedade autodirigida semelhante às nossas. Com perseverança, as pessoas que tememos, invejamos ou odiamos, tornam-se menos ameaçadoras quando começamos por uma genuína compaixão por nós próprios, e depois a dirigimos a essas mesmas pessoas.



#### 4º – Empatia

Não há nada de imutável ou objetivo acerca da amizade ou da inimizade: ninguém nasce amigo ou inimigo; o amigo do ano passado pode transformar-se no inimigo do próximo ano. Ele tem qualidades e defeitos, tal como sucede connosco. Como todas as pessoas no mundo, ele (o inimigo) procura a felicidade e quer libertar-se da sua dor, sofre como nunca conseguirá descobrir. Nesta etapa, somos impelidos a desenvolver duas novas ferramentas: a capacidade de descobrir o essencial, e a aptidão de pensar sobre os outros da mesma forma que pensamos sobre nós mesmos.

O sofrimento é uma lei da vida que não se destina apenas à construção da experiência humana, sendo também indispensável à procura da sabedoria. O sofrimento que experimentamos na vida pode ajudar-nos a apreciar a dimensão da infelicidade dos outros. Se a razão não é temperada pela compaixão e pela empatia, ela conduz o ser humano ao vazio moral. Quando a razão falha, os seres humanos podem ainda transformar a sua dor numa lição de compaixão. Há uma relutância inicial em nos comprometermos, no envolvimento emocional, com o sofrimento, a dor e a perda do outro. Irritamo-nos com o mau humor de alguém, mas não nos interrogamos por que razão está essa pessoa a sofrer. Pensamos que já temos assuntos suficientemente preocupantes e afastamos da nossa mente os problemas dos outros. Uma palavra amável, um sorriso, uma anedota, são uma dádiva para um colega irritado, tal como recordar as coisas que nos ajudam, quando o dia não nos corre bem, e oferecê-las a esta pessoa que se sente só e triste, não recusando ajudá-la se esta o solicita, e disponibilizando-nos a ouvi-la.

#### 5º – Consciencialização

O propósito da consciencialização da compaixão é o de ajudar o homem a libertar-se do seu ego, respeitando o funcionamento da sua mente. Esta consciencialização, de que o sofrimento humano é universal e inevitável, é também uma forma de meditação pela qual podemos aprender a potenciar a sensação de paz e de bem-estar interiores. Aprendermos a usar as nossas energias mentais de uma forma mais bondosa e produtiva, através desta tomada de consciência compassiva, permite-nos observar com lucidez o nosso comportamento na vida diária, o que nos conduz à descoberta de outras formas de interagirmos uns com os outros, à análise das nossas experiências e a uma maior e melhor focalização no momento presente.

Com a autoconsciência aprendemos que a verdadeira causa do nosso sofrimento está na cólera, nas angústias e nas fobias interiores. Logo que descobrimos este fenómeno em nós, criamos motivação para a mudança. Em vez de ficarmos atormentados com aquilo que sucederá amanhã, ou olharmos demasiado para o que passou, devemos aprender a

viver mais no presente. Os seres humanos raramente são capazes de se focarem no presente, pelo contrário, estão constantemente em trânsito entre passado e futuro. Num minuto estamos irritados com a falta de eficácia de um colega e, no minuto seguinte, estamos a sonhar com as nossas férias de verão. A consciencialização plena ou autoconsciência deve ser praticada no dia-a-dia em cada pequeno gesto da nossa vida, mas não é um fim em si mesmo. Esta deverá conduzir-nos gradual e naturalmente à etapa seguinte: à Ação.

#### 6º – Ação

A compaixão é um método, e a única maneira de testar qualquer método é colocá-lo em prática. Por um lado, devemos ter a consciência plena de que as nossas palavras e ações impulsivas podem ter consequências que não somos capazes de prever. Por outro lado, não estamos predestinados a uma existência de egoísmo porque, mediante uma ação repetitiva e disciplinada, temos a capacidade de construir novas rotinas de pensamento, sentimento e comportamento.

Este método compassivo é lento, gradual e impercetível. Em primeiro lugar, há que tomar a decisão de agir, diariamente, segundo a versão positiva da Regra de Ouro – Fazer aos outros o que gostaríamos que nos fizessem a nós. Em segundo, preencher a versão negativa desta mesma regra – Não fazer aos outros o que não gostaríamos que nos fizessem a nós. Por último, fazer um esforço para mudar os nossos padrões de pensamento: se sentirmos que estamos a ser indulgentes com acessos de ira ou de autocomiseração, procuremos canalizar toda a nossa energia negativa numa direção mais generosa.

#### 7º – O Pouco que Sabemos

A “ciência da compaixão” é um método de adquirir conhecimento (do latim, *scientia*). A procura de conhecimento é estimulante e a ciência, a medicina e a tecnologia promovem uma melhoria extraordinária nas vidas de milhões de pessoas no mundo. No entanto, uma parte essencial da condição humana continua por descobrir e por conhecer. O objetivo desta etapa é triplo:

- Reconhecer e apreciar o desconhecido e o que não é passível de ser conhecido – pensando nas experiências que nos tocam profundamente e nos elevam para além de nós mesmos, a tal ponto que nos parece estarmos a viver a nossa humanidade mais inteiramente do que é habitual; investigando o tema do desconhecido na experiência humana como a complexidade neurológica ou a psicanálise, etc.

– Ser sensível às afirmações de certeza sobre nós mesmos e sobre os outros – fazendo um distanciamento de nós próprios e reparando nas formas agressivas e cheias de certezas que tanto caracterizam o nosso discurso atual, sem abertura de espírito.

– Reconhecer o mistério de cada ser humano – procurando definir exatamente o que nos distingue uns dos outros. Na nossa prática de autoconsciência plena, é necessário ter a noção exata de como procuramos manipular, controlar ou explorar os outros, da forma mais ínfima e aparentemente insignificante.

#### 8º – Como Devemos Falar uns com os Outros

Neste nível, procuramos consciencializar-nos da forma como falamos uns com os outros. A linguagem baseia-se na confiança. Temos de assumir, pelo menos inicialmente, que, num diálogo, o nosso interlocutor fala a verdade e nos está a dizer algo importante. Os linguistas assinalam que, na comunicação atual, quando ouvimos uma afirmação que à primeira impressão parece estranha ou falsa, tentamos automaticamente encontrar um contexto no qual ela faça sentido. O “princípio da caridade” e a “ciência da compaixão” são ambos vitais para qualquer tentativa de compreensão do discurso e das ideias que, inicialmente, parecem confusos, inquietantes e estranhos; temos de recriar o contexto no qual estas palavras são proferidas - histórico, cultural, político e intelectual -, questioná-las em profundidade e conduzir o nosso entendimento para o ponto em que temos uma imediata percepção humana do que uma dada posição significa.

Quando falamos acerca da defesa de valores corretos, devemos certificar-nos de que entendemos completamente o contexto e não rejeitamos os valores dos nossos oponentes como bárbaros, simplesmente porque os sentimos estranhos. O “princípio da caridade” não nos deve tornar passivos e subservientes perante a injustiça, a crueldade e a discriminação. Antes de iniciar uma discussão ou um debate, devemos interrogar-nos, honestamente, se estamos dispostos a escutar, com objetividade e com abertura de espírito, o nosso interlocutor e, caso se justifique, se estamos dispostos a mudar de ideias.

#### 9º – Cuidar de Todos

Nesta etapa, aprendemos a expandir os nossos horizontes para encontrar lugar para as pessoas mais distantes, entendendo as diferentes tradições nacionais, culturais e religiosas. Temos o dever de procurar conhecermo-nos uns aos outros e de cultivar o cuidado e a responsabilidade por todos. A compaixão não se confina às pessoas do nosso grupo ou aos amigos, devemos fazê-la chegar a todos, conhecidos, desconhecidos e mesmo aos inimigos, porque reconhecemos que todos os seres humanos são iguais.

O respeito pelo próximo, expresso na prática, é indispensável a uma sociedade global pacífica. Somos o que somos, graças ao trabalho árduo, aos conhecimentos e feitos de muitas pessoas, no passado e no presente. Pela nossa própria experiência, sabemos que as ações têm consequências a longo prazo. Todos somos afetados consciente ou inconscientemente pela maldade, pela negligência, pelo desdém e pela violência que sofremos ao longo da história, acusando cicatrizes profundas que duram muito para além dos acontecimentos. Pessoas que foram ensinadas a menosprezar-se, dificilmente poderão respeitar as outras. Aqueles que foram brutalizados pelo ódio, pela perseguição e pela opressão não podem, de imediato, cultivar a confiança que viabiliza o encontro com os outros. Se ignorarmos o sofrimento dos outros, é provável que em qualquer altura esta displicência se volte contra nós. Ao cultivarmos este passo, *cuidar de todos*, procuramos uma visão global mais objetiva que contemple a situação como um todo. A equanimidade pressupõe um alheamento de preconceitos, parcialidades, ligações e pontos nebulosos que possam ensombrar a nossa compreensão.

#### 10º – Conhecimento

O esforço para nos procurarmos conhecer mutuamente exige informação acurada e disponibilidade para interrogar ideias preconcebidas. Podemos fazer um esforço para preencher as lacunas do nosso (auto)conhecimento. Precisamos de manter uma atitude crítica e cultivar a imparcialidade. Importante nesta etapa é ativar o interesse pelo desconhecido ou por aquilo que nos é *estrangeiro*.

Quando nos deparamos com alguma questão difícil, devemos persistir na investigação das suas causas e insistir na compreensão do contexto completo de um acontecimento. Neste sentido, fazemos avançar a mente de forma a podermos-nos imaginar em circunstâncias semelhantes e a sentir do mesmo modo. Esta não é uma etapa fácil. Haverá sempre coisas que ou não compreendemos ou consideramos difíceis de avaliar, tal como ficarmos muitas vezes perplexos com os comportamentos dos nossos amigos mais próximos. Porém, experimentar os limites da nossa compreensão, apercebendo-nos do quão pouco podemos saber, é em si mesma uma experiência preciosa. Tudo é mais complexo do que pensamos.

#### 11º – Reconhecimento

O treino anterior sobre a “consciencialização plena” e a nova avaliação da ubiquidade do sofrimento devem permitir-nos sentir o meio de forma diferente e, eventualmente, descobriremos que estamos mais sensíveis à infelicidade que se encontra em qualquer ponto ao nosso redor. Temos uma tendência autodefensiva para manter o sofrimento à distância, isolando-nos psicologicamente e, por vezes, passam-nos

despercebidos os sinais de pobreza, solidão, sofrimento, medo e desolação na nossa família, no nosso trabalho, na nossa cidade, no nosso país, etc. Dispormo-nos generosamente a acolher o sofrimento de outros pode produzir um *ekstasis*, porque abandonamos o nosso ser egoísta. Aliviar a angústia alheia pode tornar-nos muito mais felizes, e não é correto pensar que o nosso envolvimento no sofrimento dos outros nos esvaziaria da nossa própria felicidade.

Nesta etapa de reconhecimento, devemos compreender que não há o “nós e os outros” e que, em essência, somos todos iguais. É fácil sentir fadiga de compaixão, dada a ubiquidade do sofrimento. Não nos devemos deixar paralisar pela imensidade da miséria global. Ao aproximarmos-nos do estrangeiro respeitando as suas ideias, ao permitirmos que ele nos modifique nas nossas convicções e percepções, compreendemos melhor as nossas próprias tradições, podemos valorizar-nos com o encontro e usufruir de momentos de conhecimento numinosos.

#### 12º – Amar os Inimigos

Antes de passar à definição da derradeira etapa neste processo de compaixão, importa definir “inimigo” como alguém ou alguma coisa que pareça ameaçar a nossa própria sobrevivência e tudo aquilo que ela representa. O nosso inimigo pode começar por ser o nosso outro Eu e terminar no estrangeiro, aquele que não conhecemos bem e que pertence a outro grupo que não o nosso. O nosso ódio pode tornar-se um alter-ego, uma parte da nossa identidade.

Esta última etapa ensina-nos a disciplinar a agressão do “primeiro, eu”, que constitui a nossa resposta instintiva a qualquer ameaça. Primeiro, devemos aprender a reconhecer a deficiência da linguagem e constatar que o verdadeiro conhecimento não consiste na aquisição de informação, mas sim no domínio do nosso egocentrismo e da nossa cobiça. Segundo, devemos aprender a reconhecer a sabedoria da reserva frente ao inimigo e, em vez da vingança, procurar a reconciliação. Terceiro, devemos ter a consciência de que o nosso inimigo também sofre e nele constatar a imagem do nosso próprio sofrimento. Desta forma, estamos juntos no sofrimento, a criar um elo que transcenda as divisões e trabalhe em prol da paz. Quarto, ter a noção do pouco que sabemos uns dos outros. Temos a responsabilidade de procurar saber mais, até construir um entendimento do contexto que nos dará uma compreensão mais empática da situação do nosso inimigo. Por último, devemos melhorar, pelo diálogo, as relações que predisponham à verdadeira escuta do outro, usando de uma comunicação que não pretenda agredir, humilhar, manipular ou derrotar o outro, apenas para fazer prevalecer a nossa opinião.

Para Karen Armstrong, a compaixão não pode ser simplesmente uma questão de sentimento ou de afetos emocionais, ela comporta riscos e torna-nos vulneráveis, mas pode mudar o mundo e ser uma inspiração constante para terceiros. A prova suprema da compaixão é a avaliação imparcial e justa da situação de todos, amigos e inimigos. Desejar o bem-estar e a felicidade dos inimigos pressupõe o desenvolver do sentido de responsabilidade pelo seu sofrimento. Para tal, é necessário alterar os nossos padrões de hostilidade, suspeição e repulsa, com vontade, com determinação e com tempo para o seu exercício.

A autora sublinha o processo compassivo como um projeto para toda a vida, bem como uma luta constante que durará até ao fim dos nossos dias. A reorientação das nossas mentes e corações pela compaixão é um tipo de transformação lenta, tranquila e crescente. Este programa de doze etapas para uma vida compassiva não depende de convicções sobrenaturais ou de credos. Todas as tradições religiosas, filosóficas e éticas são, na sua essência, baseadas no princípio da compaixão. Temos uma capacidade natural para a compaixão, tal como para a crueldade. Assim sendo, a escolha é nossa.

Entendendo a compaixão como uma parte integrante do dia-a-dia, e apesar de o modelo de Armstrong não estar especificamente relacionado com a enfermagem, a sua mensagem é evidente: a sociedade é interdependente e, para assegurarmos humanidade, a compaixão deve ser praticada. Para facilitar a implementação do cuidado compassivo em enfermagem é imperioso que os enfermeiros compreendam a definição contemporânea do termo (Bradshaw, 2011; Cit. por Straughair, Part. 2, 2012). Consideramos este modelo de Armstrong um exemplo com potencialidades de ser replicado em enfermagem, em contexto de formação académica e nos serviços clínicos, porque é muito esclarecedor acerca do modo como o processo da compaixão se pode aprender e desenvolver.

#### *2.1.1.3 – As Perspetivas Da Medicina E Da Psicologia*

A compaixão, no seu carácter fenomenológico e emocional, faz parte integrante da natureza humana, constituindo a base instintiva da moralidade, inspirando e motivando o indivíduo para o ato altruísta, aproximando o Eu do Outro na sua realidade concreta (Leget e Olthuis, 2007; Cit. por Duarte, 2009). Este fenómeno motivador e empático, que se transforma no ato consciente de “cuidar” na prática clínica, é o que muitos autores referem como “Humanismo Médico” (Marcus, 1999; Cit. por Duarte, 2009).

Na América do Norte e em Itália, um grupo de investigadores isolou um setor do cérebro que está hoje ligado à criação da consciência – o tronco cerebral – identificando-o como o promotor essencial da consciência. Sem consciência, a dor nunca se teria tornado sofrimento e a visão pessoal suspender-se-ia; não teríamos conhecimento da nossa existência; e não saberíamos se existia mais alguma coisa. A consciência, como organização de conteúdos mentais, está centrada no organismo que os produz e os motiva. À mente inconsciente falta um Eu. Para que o cérebro se torne consciente, precisa de adquirir a subjetividade. Na perspetiva da evolução e da história da vida de um indivíduo, o conhecedor surgiu em passos ordenados – o *proto-eu* e os seus sentimentos primordiais (parte antiga do cérebro, tronco cerebral), o *eu nuclear*, impulsionado pelas ações e, por fim, o *eu autobiográfico*, que incorpora dimensões sociais e espirituais. Estamos a falar de processos dinâmicos em que os seus níveis sofrem flutuações constantes. Todos os sentimentos de emoção são variações dos sentimentos primordiais. Estes refletem o estado atual do corpo ao longo de diversas escalas, como por exemplo a escala que vai do prazer à dor, e aquelas têm origem ao nível do tronco cerebral, e não do córtex cerebral. O cérebro, como tal, não começa a edificar a mente consciente ao nível do córtex cerebral, mas sim ao nível do tronco cerebral (Damásio, 2010).

A região do córtex pré-frontal, para além de outras funções cerebrais mais elevadas, é o centro da compaixão (Chopra e Mlodinow, 2011). O neurocientista português António Damásio (2010) esclarece que, no cérebro humano, o local de ativação do medo está na amígdala e o local de ativação da compaixão encontra-se no córtex pré-frontal ventromedial. Ambos têm de estar ligados a regiões somatossensoriais, zonas como o córtex insular e os córtices de associação somatossensorial, onde os estados corporais são continuamente mapeados. Estas ligações existem, tornando assim possível a implementação do mecanismo.

O sistema de afeto positivo associado à compaixão, focado em sentimentos de afiliação, calor e tranquilização, é mediado por sistemas cerebrais e fisiológicos específicos (nos quais a oxitocina parece desempenhar um papel relevante), conferindo tranquilidade por nos sentirmos seguros no mundo e conosco próprios. Este sistema está também ligado à emissão de sinais de cuidado e investimento (toque, expressão facial, tom de voz) por parte dos cuidadores, pela partilha de afeto positivo que estimula o gostar e nos faz sentir pessoas merecedoras de amor, e pela compreensão empática e de aceitação das nossas emoções (Gilbert, 2005b; Cit. por Castilho e Gouveia, 2011). A existência de uma relação vinculativa segura com as figuras significativas (pais e pares) desenvolve competências e respostas empáticas e compassivas de ajuda aos outros, uma vez que tais

experiências proporcionam uma fonte de segurança (contentamento) e promovem bons modelos de cuidar (Collins & Feeney, 2000; Kuncé & Shaver, 1994, citado por Gillath et al., 2005; Cit. por Castilho e Gouveia, 2011).

Os chamados neurónios espelho são o derradeiro dispositivo “como se”. A rede em que estes neurónios se encontram inseridos alcança conceptualmente a simulação, nos mapas corporais do cérebro, de um estado corporal que não está na realidade a acontecer no organismo. O facto de o estado corporal, que os neurónios espelho estão a simular, não ser o estado corporal desse mesmo organismo, amplia o poder desta semelhança funcional. Quando testemunhamos a ação de outra pessoa, o nosso cérebro somatossensorial adota o estado corporal que assumiríamos caso estivéssemos a mover-nos, e fá-lo, muito provavelmente, não através de padrões sensoriais passivos, mas sim através da pré-ativação de estruturas motoras (prontas para a ação mas ainda sem autorização para tal) e em alguns casos, através de uma ativação motora. Uma vez que podemos representar os nossos estados corporais, torna-se mais fácil simular os equivalentes estados corporais dos outros, momento a partir do qual podemos atribuir um significado comparável à simulação. A gama de fenómenos relacionados com o conceito de empatia deve muito a esta disposição (Damásio, 2010).

Etimologicamente, a palavra empatia tem a sua origem no mesmo termo grego do qual derivou a palavra compaixão - *pathein* -, que significa sentir e sofrer, estando esta ligada à preposição *en* (dentro). A empatia é definida como uma forma de cognição que permite a alguém compreender as experiências subjetivas de outra pessoa, a partir da própria perspetiva, entendendo não apenas os sentimentos que motivam as ações, mas também os conflitos e as formações de compromisso que constituem a totalidade da sua própria experiência. A empatia não é compaixão, mas sintonia de afeto. É o primeiro passo no processo empático de entender e aceitar a validade subjetiva do ponto de vista do outro. A falta de empatia é descrita, no DSM-III-R, como um traço característico da personalidade narcisista (Campbell, 2009).

Em teoria, a compaixão surge naturalmente da componente afetiva da empatia, quando alguém vê o outro sofrer, com o desejo de o aliviar através de um comportamento altruísta (Steffen & Masters, 2005; Cit. por Birnie *et al.*, 2010). Apesar dos poucos esforços teóricos ou experimentais em distinguir a empatia da compaixão, uma das diferenças que pode ser referida é a de que a compaixão implica urgência em aliviar, pela ação, o sofrimento observado no outro, mais do que a sua compreensão cognitiva ou emocional, que comporta a empatia. Em relação a estas duas componentes da empatia, a cognitiva e a emocional/afetiva, a primeira refere-se à forma acurada de entender o ponto de vista do



outro, enquanto a segunda compreende o reflexo das reações emocionais envolvidas. A empatia revela, por um lado, estar positivamente associada à satisfação pessoal, à qualidade de vida, à satisfação do suporte social, aos compromissos matrimoniais ou relações conjugais adequadas. Por outro lado, mas negativamente, está relacionada com sintomas de depressão, fadiga emocional, problemas de identidade, *burnout* e stress (Steffen & Masters, 2005; Thomas et al., 2007; Cit. por Birnie *et al*, 2010).

Os neurocientistas, nos seus estudos experimentais, utilizando tecnologia de última geração com monges budistas que praticavam meditação compassiva, detetaram diferenças significativas, relativamente ao funcionamento normal do cérebro. Os resultados mostraram que os cérebros destes monges tinham uma frequência operacional da onda gama duas vezes superior à atividade cerebral padrão. Neste caso, não será correto dizer que os seus cérebros se transformaram por si só: primeiro, os monges tiveram a intenção de serem compassivos, em seguida meditaram sobre a compaixão segundo a filosofia budista ao longo de vários anos e, posteriormente, os seus cérebros alteraram-se. Daniel Siegel (1993; Cit. por Chopra e Mlodinow, 2011, pp.232), psiquiatra norte-americano, afirmou que a mente “[...] is an embodied and relational process that regulates the flow of energy and information”, e Deepak Chopra acrescentou “As proud as we are of being human, mind is present in an amoeba, a mouse, a neuron, and a distant galaxy.” (*Ibidem*, p. 233), ainda que a sua presença assuma formas ou processos distintos.

A origem da palavra paciente significa “sofrer” (padecer) (Byock, 1996; Cit. por Schulz *et al.*, 2007). Sofrer é definido como o estado de se estar sob dor, angústia e tribulação (Oxford English Dictionary, 1989; Cit. por Schulz *et al.*, 2007), o que, em níveis extremos, pode ameaçar a integridade da pessoa e a sua identidade social e psicológica (Cassell, 1982, 1999, 2004; Cit. por Schulz *et al*, 2007). Geralmente, compreende-se o sofrimento a partir de três componentes: física (dor, desconforto, náusea, dificuldade em respirar, anorexia, astenia), emocional (depressão, ansiedade e medo) e existencial ou espiritual (desespero, desesperança, mal-estar espiritual), distinguindo-se da doença e incapacidade, porque nem toda a doença significa necessariamente sofrimento, além de que há variantes individuais sobre como cada pessoa responde à situação de doença e de incapacidade (Schulz *et al.*, 2007).

Um atributo muito relacionado com a compaixão é o seu contágio emocional e afetivo, um fenómeno no qual o humor do indivíduo parece espalhar-se àqueles que estão próximos (Bookwala & Schulz, 1996; Joiner & Katz, 1999; Cit. por Schulz *et al.*, 2007), com sofrimento recíproco (Sherman, 1998; Cit. por Schulz *et al.*, 2007). Habitualmente, as pessoas numa relação mais estreita experienciam emoções mútuas, porque estão

altamente envolvidas e investem nos assuntos relacionados com o bem-estar físico e emocional, além de serem mais vulneráveis aos sintomas e sentimentos um do outro. Todavia, nem sempre a compaixão envolve a experiência de emoções idênticas, atendendo a que um indivíduo pode responder emocionalmente com ansiedade, medo e tristeza aos sinais de sofrimento físico, com a dor de alguém muito querido, e este último responder com raiva à mesma situação (Schulz *et al.*, 2007).

Estudos experimentais sugerem que os seres humanos estão programados para responder afetivamente ao sofrimento dos outros, e que a natureza e a magnitude das suas respostas são proporcionais aos sentimentos expressos pela pessoa que os estimula. Vários trabalhos demonstraram que expressões faciais alegres ou tristes evocam a expressão destes sentimentos no observador (Wild, Erb, & Bartels, 2001; Cit. por Schulz *et al.*, 2007). Este facto ocorre rápida, repetida e automaticamente, sugerindo um fundamento biológico do sistema nervoso dos seres humanos (Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1992; Cit. por Schulz *et al.*, 2007).

A bondade e a compaixão, bem como a disposição moral que delas derivam, são traços especificamente humanos, mas importa compreender que carregam dimensões filogenéticas que inscrevem a raiz da bondade e da moralidade na natureza, e não só, como é comum pensar-se, nas leis e nas normas das culturas. A bondade, a compaixão e a moralidade estão provavelmente tão enraizadas em nós como outros comportamentos sociais espontâneos e intuitivos do dia-a-dia (Lencastre, 2010).

O facto de as emoções serem inatas, automatizadas e estabelecidas pelo genoma invoca sempre o espectro do determinismo genético. Há muito de personalizável e educável nas nossas emoções. O mecanismo essencial das emoções num cérebro normal é muito semelhante entre indivíduos, o que garante à Humanidade, em culturas diferentes, uma base comum de preferências fundamentais quanto às questões relacionadas com a dor e com o prazer. Influenciados pela cultura em que crescemos, ou como resultado da educação individual, temos a possibilidade de controlar parcialmente as nossas expressões emocionais. Além das emoções universais existem as emoções de fundo, parentes próximas dos estados de humor (entusiasmo, desencorajamento, etc.) e as emoções sociais, que constituem a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o desprezo, o ciúme, a inveja, o orgulho, a admiração. Estas emoções são desencadeadas em situações sociais e desempenham papéis de destaque na vida dos grupos sociais (Damásio, 2010).

Sem recompensas adequadas, a probabilidade de os comportamentos admiráveis serem imitados diminui. O mesmo se passa com a compaixão. A menos que os indivíduos mostrem compaixão para com aqueles que os rodeiam, a esperança numa sociedade

saudável reduz-se. A compaixão tem de ser recompensada para ser imitada. A compaixão pela dor física suscita reações mais rápidas no córtex insular do que a compaixão pelo sofrimento mental. As reações à dor física não só aumentam mais depressa, como também se dissipam com maior rapidez. As reações à dor mental demoram mais a estabelecer-se, mas também levam mais tempo a dissipar-se. A raiz destes processos encontra-se a nível bastante profundo, no cérebro e no corpo, e são muito afetados pela experiência individual (Damásio, 2010).

Gerir e proteger a vida é a premissa fundamental do valor biológico. A notável redução da violência, a par do aumento de tolerância, não teria ocorrido sem a homeostase sociocultural. A investigação desta homeostase pode ser auxiliada pela psicologia e pela neurociência, mas o espaço nativo dos seus fenómenos é cultural. Tanto a homeostase básica do organismo, orientada de forma não consciente, como a homeostase sociocultural, criada e orientada por mentes conscientes reflexivas, atuam como curadoras do valor biológico. Podemos encarar a consciência humana e as funções que ela tornou possível – linguagem, memória expandida, raciocínio, criatividade, todo o edifício cultural – como as curadoras do valor dentro dos nossos seres tão ricos em mente, consciência e capacidade de interação social (Damásio, 2010).

A psicologia ocidental conceptualiza a compaixão de uma forma amplificada, como a combinação de motivos, intenções, emoções, pensamentos e comportamentos que nos abrem ao sofrimento dos outros e de nós próprios, levando-nos a compreender esse sofrimento de uma forma não avaliativa, e a agir tendo em vista o alívio desse sofrimento (Gilbert, 2005<sup>a</sup>; Cit. por Castilho e Gouveia, 2011). Isto pressupõe estar aberto ao sofrimento dos outros com o desejo de os ajudar a diminuir esse padecimento com tolerância, oferecendo aos outros paciência, bondade e uma atitude não crítica, e reconhecendo que todos os seres humanos são imperfeitos e cometem erros (Castilho e Gouveia, 2011).

Ao longo dos anos, a investigação em psicologia tem demonstrado que existe uma relação positiva entre a atitude favorável que as pessoas têm para com elas próprias, e a atitude que têm para com os outros (Fey, 1957; Phillips, 1951; Stock, 1949; Cit. por Fontinha, 2009). A tradição que acompanhou essas investigações anteriores foi baseada nos escritos de psicólogos humanistas como Carl Rogers (1902-1987) e Erich Fromm (1900-1980), que postulavam que a aceitação incondicional, ou o amor que uma pessoa tinha para com os outros, dependia dessas mesmas atitudes que tinham para com elas próprias.

Assim sendo, a autocompaixão implica estarmos abertos, atentos e sensíveis ao nosso próprio sofrimento, quando surgem situações de fracassos, insuficiências ou

infortúnios, não o evitando mas gerando antes o desejo de o aliviar, curar a dor e recuperar o bem-estar. Experienciam-se, deste modo, sentimentos de cuidado e bondade para conosco. A autocompaixão implica também optar por uma atitude não-julgadora, antes compreensiva, perante a nossa própria experiência – aceitando as nossas limitações, imperfeições e dificuldades –, contextualizando-a e reconhecendo-a inevitavelmente como parte integrante da generalidade da condição humana, sendo que os outros agem da mesma forma, passam pelo mesmo e sofrem como nós (Neff, 2003).

A autocompaixão requer uma atividade metacognitiva que permita o reconhecimento das experiências interativas do Eu e dos Outros, que quebre o ciclo da sobreidentificação e que aumente o sentimento de ligação e de interconetividade, diminuindo os sentimentos egocêntricos de separação e de isolamento. Aquela tende a colocar as experiências pessoais numa perspetiva mais ampla, em que a extensão do sofrimento assume maior clareza. Uma atitude compassiva para com o Eu implica uma perspetiva mental equilibrada, ou seja, um estado da mente aberto, recetivo e não avaliativo, em que o indivíduo observa os seus pensamentos e sentimentos tal como eles aparecem na corrente da consciência, sem tentar modificá-los, eliminá-los ou evitá-los (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Teasdale et al., 2000; Cit. por Castilho e Gouveia, 2011).

Partindo de uma perspetiva diferente, Gilbert (1989, 2005a, 2005b; Cit. por Castilho e Gouveia, 2011) define a autocompaixão com base no legado da psicologia evolutiva e, mais concretamente, das teorias da vinculação e das mentalidades sociais. Segundo este autor, a autocompaixão deriva da evolução do sistema fisiológico dos mamíferos, subjacente à vinculação e ao comportamento de prestação de cuidados. Quando, no mundo social de referência, os outros criam na mente um estado de segurança e fornecem calor e validação, surge no indivíduo um sentimento de ser amado e desejado, promovendo a procura dos outros e o desempenho de estratégias cooperativas e afiliativas que englobam emoções positivas específicas, tais como a simpatia e a empatia (Leahy, 2005; Cit. por Castilho e Gouveia, 2011). Este estado de segurança, ao qual a compaixão está associada, traduz-se numa atitude de calma, tranquilidade e de maior criatividade na resolução dos problemas, assim como em comportamentos ativos de exploração do meio, de afiliação, de maior proximidade, interesse e preocupação para com os outros (Gilbert, 2005; Gillath et al., 2005; Cit. por Castilho e Gouveia, 2011).

Em 2011, o antropólogo e biólogo evolucionista norte-americano David Wilson apresentou várias conclusões acerca dos seus trabalhos de pesquisa, que procuravam responder a questões referentes à sobrevivência da compaixão e do altruísmo no contexto

evolutivo darwiniano. Este autor propôs algumas soluções relacionadas com os mecanismos psicológicos que levam o indivíduo a privilegiar as atitudes compassivas ou altruístas, a aprendizagem destas características na infância ou na idade adulta do indivíduo, a existência destes mesmos valores noutras espécies, etc. Apesar da atitude predatória, agressiva, egocêntrica e egoísta permitir, a curto prazo, a sobrevivência e a reprodução individual dentro do grupo, no que se refere ao comportamento entre grupos esta agressividade pelo território e pelos recursos, a longo prazo, tem efeitos evolutivos mais vulneráveis. Neste contexto específico, a seleção natural privilegia o grupo que adota comportamentos altruístas e compassivos, porque estes conferem um meio ambiente mais seguro e estável à reprodução e ao bem-estar de cada um dos indivíduos (Wilson, 2011).

A compaixão e o altruísmo podem ser necessários para a sobrevivência do grupo, mas não são suficientes. Estes explicam a dinâmica pró-social dentro e entre as comunidades humanas, mas também podem favorecer os conflitos entre diferentes grupos culturais e sociais. O autor alerta para o perigo do *Altruísmo Patológico*, tal como já foi estudado pela bioengenhreira norte-americana Barbara Oakley, no seu mais recente livro em coautoria, que define este fenómeno como “[...] qualquer comportamento ou tendência pessoal no qual o objetivo ou a motivação intrínseca é a promoção do bem-estar de outro. Mas, em vez de resultar em benefícios, o “altruísmo” é irracional, do ponto de vista de um observador externo, e substancialmente negativo nas consequências para o outro e para o próprio”. (Oakley *et al.*, 2011; Cit. por Beebe, 2012).

O altruísmo patológico pode ser facilmente manipulado por aqueles que são menos altruístas: é o caso de Adolf Hitler (1889-1945), que foi um mestre exímio na utilização das melhores características das pessoas - a sua fé, esperança, amor e vontade de sacrifício - para concretizar os seus intentos pessoais e conduzir a sua nação à guerra e ao holocausto. É fácil cair no engano de pensarmos que alguém está a fazer o bem, quando isto não é necessariamente a verdade. Numa qualquer situação em que somos impelidos a ajudar os outros, é crucial o distanciamento da nossa zona de conforto e a análise objetiva dos argumentos sob vários ângulos. De alguma forma, este procedimento não é mais do que aplicar o método científico às nossas vidas. Tal como os cientistas, nós precisamos de fazer o papel de ‘advogado do diabo’ e, ativamente, procurar negar as hipóteses, perguntarmos se um ato, que parece inquestionavelmente altruísta pode, ou não, ter consequências prejudiciais (Oakley e Madhavan, 2011).

Regressando a Wilson, este autor acrescenta que, segundo as estatísticas, os indivíduos que mais gostam de dar são também os que mais gostam de receber. Regista-se uma relação forte entre a atitude pró-social do indivíduo e o seu meio ambiente. Existem

diferenças culturais, económicas e biológicas que condicionam os comportamentos pró-sociais dos grupos. Há que ser inteligente e sensato, e equilibrar os custos e os benefícios, tanto no presente como no futuro. Um indivíduo compassivo e altruísta, num ambiente ou grupo hostil e explorador, só tem as seguintes hipóteses: abandonar o grupo, envolver os outros na compaixão e no altruísmo, abandonar a sua atitude compassiva e altruísta ou permanecer nesta atitude, mas com sofrimento (Wilson, 2011).

A etologia humana e a psicologia mostraram que os seres humanos se manifestam mais agressivos com os estranhos do que com os membros do seu próprio grupo. Em 1989, o etólogo austríaco Eibl-Eibesfeldt mostrou que a socialidade afiliativa (laços de pertença ao grupo), que governa em grande parte as relações grupais, decresce à medida que o grupo aumenta. Parece haver um tamanho adequado do grupo para o funcionamento espontâneo dos laços de empatia, da reciprocidade e do altruísmo benevolente ou da bondade (Lencastre, 2010).

A perspetiva coevolutiva sobre o altruísmo (Boyd, 2003; Cit. por Lencastre, 2010) propõe, por sua vez, que a capacidade dos humanos para cooperarem em grupos de grandes dimensões deriva da evolução conjunta dos genes altruístas, e de uma cultura da cooperação que tenda a punir os comportamentos egoístas. Assim sendo, estes últimos não terão oportunidade para disseminar o seu padrão de sobrevivência, e o grupo tenderá a ser altruísta e cooperativo. Em termos evolutivos, os nossos comportamentos pró-sociais associaram-se estreitamente às nossas tendências agressivas. A pressão evolutiva, que selecionou a cooperação e o altruísmo para a sobrevivência do grupo, é semelhante à que levou a discriminar aqueles que não pertencem a esse grupo e são potencialmente inimigos (Eibl-Eibesfeldt, 1989; Cit. por Lencastre, 2010).

No entanto, e ainda de acordo com a mesma autora, a situação da humanidade atual modificou de forma drástica o cenário evolutivo dos milénios anteriores. Confrontamo-nos com um mundo globalizado que nos é apresentado quotidianamente através dos meios de comunicação social. O grupo de pertença alargou-se e identificamo-nos hoje com os humanos que vivem nos antípodas, quase tanto como com os vizinhos que vivem ao nosso lado. Todos passaram a fazer parte do grupo alargado da humanidade. Os movimentos de solidariedade coletiva a que assistimos com frequência, bem como a reflexão contemporânea sobre a aldeia global, refletem essa identificação. É claro que, nestas comunidades expandidas, o altruísmo, o exercício da bondade e o vínculo moral são frágeis (Lencastre, 2010).

#### 2.1.1.4 – A Perspetiva Da Enfermagem

Segundo Meleis (2012), são vários os marcos que permitiram o desenvolvimento das teorias e dos conceitos em enfermagem, desde Florence Nightingale até à atualidade. No ano de 1952 destacou-se a publicação do periódico *Nursing Research*, o qual surgia com o objetivo maior de reportar toda a investigação científica em enfermagem e de outras disciplinas, e que a autora identifica como o marco para o nascimento das teorias em enfermagem. Neste período, conceitos como cuidar, conforto, comunicação, proteção, curar e saúde, conduziam a prática clínica muito antes de estes serem definidos como tal, ou serem organizados no sentido de constituírem teorias para a disciplina.

A compaixão esteve historicamente subjacente ao exercício da profissão de enfermagem desde o seu início, com Nightingale a realçar o papel da enfermeira no alívio do sofrimento e da dor do doente, numa atitude ética e moral que, para a época, se revestia de um caráter religioso, como se pode ler no seu livro *Notes on Nursing – What it is, and What it is Not*: “[...] she must [...] be strictly sober and honest; but more than this, she must be a religious and devoted woman; she must have a respect for her own calling, because God’s precious gift of life is often literally placed in her hands; she must be a sound, and close, and quick observer; and she must be a woman of delicate and decent feeling [...]” (Nightingale, 1969, pp. 125-126).

Entre 1955 e 1980 ocorreu um período rico, rigoroso e sistemático para a enfermagem, revelando-se nas definições conceptuais e teóricas que se perpetuam e afirmam na atualidade. Vários conceitos resultaram do desenvolvimento de diversos paradigmas e escolas do pensamento em enfermagem. Martha Rogers (1970), teórica do paradigma do ser Humano Unitário, apresentou uma conceção em enfermagem centrada na interação constante do ser humano com o meio ambiente (Meleis, 2012). Nesta perspetiva, o propósito da enfermagem enquanto processo social é providenciar um serviço de conhecimento compassivo, no qual as pessoas evidenciam potencial criativo ao experienciarem padrões de vida e a liberdade humana, para maximizar o seu potencial de saúde e de bem-estar. É fundamental que o enfermeiro compreenda o conceito de compaixão, na teoria e na prática de enfermagem, em termos de bem-estar e de promoção da saúde para ambos, enfermeiro e utente. A compaixão é a experiência vivida por ambos, na energia mútua das suas inter-relações. É a oportunidade mútua do encontro entre o enfermeiro/pessoa e o utente/pessoa, na qual o enfermeiro tem a capacidade de reformular padrões enquanto é energizado. A arte da enfermagem ocorre quando o

enfermeiro reflete a experiência do sentir e da energia da compaixão entre os seus colegas e o utente, o que regenera a sua capacidade de se relacionar. Nesta perspetiva de limites interconectados, a compaixão é um atributo chave para o apelo do enfermeiro (Dunn, 2009).

Fox, em 1979, referiu que o tecido da compaixão consiste na interdependência dos seres humanos, na qual todos estão separados uns dos outros e, simultaneamente, se interconectam. Nesta perspetiva, o enfermeiro compassivo procura conhecer e compreender as interconexões com o utente que sofre e, neste momento dual, aquele é capaz de aliviar o sofrimento deste (Dunn, 2009). Nesta época, o foco conceptual tinha o seu epicentro na energia, no equilíbrio, nos resultados do cuidar, no sistema comportamental e na estabilidade (Meleis, 2012), bem como no ambiente, na integridade social, nas intervenções terapêuticas e no holismo (McEwen e Wills, 2009).

Nos anos 80 e 90, a enfermagem é pensada como a disciplina do cuidar nas ciências humanas, o que implica considerar o próprio conceito do cuidar como primordial para a profissão. Watson descreve o cuidar como o ideal moral para a enfermagem numa perspetiva filosófica mais existencial, na qual a autora revê as suas bases espirituais. Conceitos como o ser humano, o transpessoal, o Eu, o tempo e o campo fenomenal, centrados no processo de saúde Ser Humano/Universo, nos significados, nas relações mútuas, na unidade do corpo-mente-espírito e na humanidade, passam a ser objeto de estudo e de reflexão (Meleis, 2012).

Partindo deste paradigma do Cuidar, o “cuidado” significa facilitar e ajudar o doente, respeitando os seus valores, as suas crenças, a sua forma de vida, assim como a sua cultura e, neste sentido, os enfermeiros devem adotar um ideal de “cuidado” que seja simultaneamente humanista e científico, uma vez que o amor incondicional e o cuidado são essenciais para a sobrevivência e para o desenvolvimento da humanidade. Os cuidados de enfermagem são o resultado de uma combinação de estudos científicos e humanísticos que terminam num conhecimento profundo da relação terapêutica enfermeiro/utente. São entendidos como um processo intersubjetivo, desenvolvido de humano para humano, num ideal moral, que requer um compromisso com o cuidado, assim como sólidos conhecimentos. O objetivo dos cuidados de enfermagem é o de ajudar a pessoa a conseguir o mais alto nível de harmonia entre a sua alma, o seu corpo e o seu espírito (Silva, 2004; Cit. por Ferreira, 2006).

Watson, já em 1985, alertara para o fenómeno de os cuidados humanos estarem ameaçados pela crescente tecnologia médica, bem como pelas restrições institucionais, burocráticas e de gestão. A ética do cuidado traduz-se na preocupação ativa pelos outros, e



tem por base o relacionamento que previne a indiferença e o afastamento. A teoria dos cuidados humanos transpessoais de Watson está imbuída de subjetividade, enfatizando-se a atitude do respeito profundo face às necessidades do outro, com sensibilidade particular para as carências espirituais, de comunicação e de esperança (Marques, 2006).

Esta teoria incorpora fatores muito relacionados com a energia compassiva no ato de cuidar, e nela Watson apela à consciencialização do enfermeiro para a atenção constante às suas próprias necessidades, concomitantes com a satisfação das necessidades do utente. Esta visão humanista e ética do cuidar em enfermagem dá substrato à temática da compaixão terapêutica e da autocompaixão do enfermeiro.

A compaixão, para a Teoria do Cuidar, é um dos atributos do enfermeiro que promove o bem-estar, pela transformação de experiências, tanto para aquele como para o utente, num contexto de enfermagem. Nesta relação de compaixão, o enfermeiro entra no mundo de outra pessoa com a intenção de a conhecer no âmbito do cuidar. Nesta perspetiva, o enquadramento teórico da energia compassiva honra a liberdade, a criatividade e a inter-relação (Boykin & Schoenhofer, 2001; Rogers, 1970; Cit. por Dunn, 2009). Cuidar com compaixão potencia a energia necessária para preencher o “vaso vazio” do ambiente interativo pessoal, com apreço pela inter-relação mútua. Geralmente consideramos como compassiva aquela pessoa que se preocupa com o sofrimento do outro, e cria a mudança necessária para o alívio integral desse sofrimento. Desta forma, a compaixão manifesta-se como a força cognitiva, emocional e intencional numa corrente energética dinâmica que se estabelece entre o Eu e o Outro, gerando um campo conceptual energético compassivo, no alívio do sofrimento do Outro. Este campo é potenciado sistematicamente pelo saber teórico, pela observação direta e pela experiência pessoal (Dunn, 2009).

Através da energia compassiva, o enfermeiro experiencia a interconexão dos padrões da vida, dos valores, do ser único, do ser holístico, da intenção e do conhecimento. Neste contexto, a pessoa adquire maior grau de harmonia aos níveis mental, físico, espiritual e emocional, o que, por sua vez, gera processos de autoconhecimento, autorreverência, autocura e autocuidado para ambos, enfermeiro e doente (Watson, 1999, cit. por Dunn, 2009).

Esta energia compassiva terapêutica pode ser conceptualizada como a intenção, o holismo, a individualidade e a unicidade do ser humano transformados em compaixão, na promoção da saúde e do bem-estar através da mudança positiva do campo humano mútuo, enfermeiro/utente. Quando o enfermeiro responde à chamada do sofrimento do outro, experiencia uma energia que é fonte de vitalidade, vida plena, responsabilidade e paixão.

Muitas qualidades surgem associadas à energia do cuidar, como a humildade, a atenção, a compaixão e a ternura. A entrega do Eu ao Outro é claramente um conceito fundamental na ética do cuidar (Pembroke, 2006; Cit. por Dunn, 2009). Alternando ritmos com avanços e recuos, na dança da relação, reformando perspectivas e padrões de resposta, o enfermeiro tem a capacidade de regenerar vigor, encontrar significados e experiências no cuidar compassivo (Boykin & Schoenhofer, 2001; Dunn, 2008; Johnston, 2007; Mayeroff, 1971; Newman, 1994; Rogers, 1970; Cit. por Dunn, 2009).

McNeill *et al.* (1982; Cit. por Schantz, 2007, p. 52) contextualizam a compaixão da seguinte forma:

“Compassion asks us to go where it hurts, to enter into places of pain, to share in brokenness, fear, confusion, and anguish. Compassion challenges us to cry out with those in misery, to mourn with those who are lonely, to weep with those in tears. Compassion requires us to be weak with the weak, vulnerable with the vulnerable, and powerless with the powerless. Compassion means full immersion into the condition of being human.”

Num período rico para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, entre 1991 e 1995, o qual é definido por Meleis (2012) como *The Middle-Range and the Beginning of Situation-Specific Theorizing*, autoras como Roach (1992; Cit. por Marçal, 1994, p. 56) definem compaixão como um “modo de vida resultante da consciencialização da relação que se tem com todas as criaturas vivas; o engendrar de uma resposta de participação na experiência do outro; uma sensibilidade face à dor e sofrimento do outro; uma qualidade de presença que permita partilhar com e fazer espaço para o outro”. Ainda segundo a autora, compaixão significa estar com o outro no seu sofrimento, é empatia e sensibilidade à dor humana com desejo de entrar na experiência do outro, é a verdadeira compreensão pela pessoa que é alvo do cuidado, é o elemento essencial na inter-relação com o utente (Roach, 1992; Cit. por Cruz, [s.d.]).

Reforçando esta posição, os estudos conceptuais de Fry (1991; Cit. por Marçal, 1994) apontam para a perspectiva de um contrato ou aliança entre o enfermeiro e o outro que é cuidado, no qual a compaixão se faz acompanhar por outros elementos: o respeito pelo outro e a proteção da dignidade humana. Na obra de Marilyn Ray (1991), teórica da transculturalidade do cuidado em enfermagem, a compaixão surge como a imersão no encontro humano, em que o Eu ou os Outros deixam de ter sentido, dando lugar a um Nós, um “nós compassivo”. Para esta autora, a compaixão “[...] é uma ferida no coração, feita pelo outro, pela qual o outro entra em nós e nos torna o outro.” A verdadeira presença que ela implica é também um ato de criação, uma vez que é não só o nascimento, mas também o crescimento de uma vida espiritual, onde a partilha com o outro toma um lugar central. Ray esclarece que o Eu e o Outro são duas realidades fenomenologicamente distintas,

embora o Eu seja capaz de se reconhecer no Outro, isto é, o que sentiria se estivesse no lugar do Outro (Marçal, 1994, p. 58).

De acordo com Leininger (1991, 1993; Cit. por Schantz, 2007), a compaixão é um recurso forte que o enfermeiro possui para, até politicamente, ter um papel relevante na resolução dos atuais conflitos sociais, ou para a prevenção de calamidades naturais ou criadas pelo homem a nível local, nacional ou internacional. Para a autora, o enfermeiro faz a diferença significativa não só na prática de enfermagem, mas na manutenção da saúde, no *ethos* do bem-estar, na paz mundial e na sobrevivência humana.

Em 1994, Marçal, na sua dissertação sobre a análise do conceito de compaixão, conclui que este se insere na dimensão ética do cuidar em enfermagem e “se inscreve na unidade de vida da pessoa, relevando dela e marcando-a simultaneamente, como num movimento em espiral que une todos os pontos do agir da pessoa e que tem como centro a procura da realização do bem.” Mais ainda, a autora esclarece que a compaixão é “a ação intencional de sofrer-com-outro-que-sofre [...] permitindo o alívio da dor daquele que sofr(ia), fortalece o seu poder de agir, ‘alarga’ a sua abertura ao cuidado” (Marçal, 1994, p.116).

A enfermeira canadiana Phaneuf (1995) considera a “Relação de Ajuda” como sendo particularmente significativa. Esta instaura-se entre a pessoa que passa pela experiência de um problema ou de um sofrimento, e se sente incapaz de o resolver sozinha, e o enfermeiro que, num dado momento, a ajuda a enfrentá-lo e a encontrar em si mesma os recursos necessários para o ultrapassar. Por conseguinte, no desenvolvimento da *Relação de Ajuda*, cujos principais focos são o ajudar e o possuir capacidade de escuta, o enfermeiro deverá conduzir o utente/doente a alcançar alguns objetivos, que Lazure (1994) esclarece serem: o ultrapassar uma provação; o resolver uma situação atual ou potencialmente problemática; o encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório; o detetar o sentido da existência.

Na transição para este milénio, a enfermagem afirmou-se na investigação da prática baseada na evidência e na diversidade de pensamento pela ligação entre a teoria e a prática (Meleis, 2012). A profissão integrada numa sociedade que dá grande relevo à tecnologia, e “cuja mentalidade está imbuída de imediatismo e pragmatismo [...] em que a eficácia e o êxito se apresentam como valores inquestionáveis [...] ” (França, 2012, p. 15); e porque, historicamente, a formação dos enfermeiros promoveu algum distanciamento emocional, em detrimento do envolvimento pessoal no alívio do sofrimento (Jull, 2001; Cit. por Schantz, 2007); o conceito de compaixão parece desvalorizado e sem reconhecida importância para a profissão. No entanto, Chambers e Ryder (2009), no seu livro

*Compassion and Caring*, sustentadas na prática baseada na evidência, dão forte relevância à compaixão em enfermagem através dos seus seis focos temáticos principais: Empatia e Sensibilidade; Dignidade e Respeito; Escuta e Resposta; Diversidade e Competência Cultural; Escolha e Prioridades; Outorgar Poder e Advogar. As autoras referem que, não obstante as várias perspetivas sobre a compaixão, todas elas a definem claramente como a forma de agirmos com o outro, tal como gostaríamos que o outro agisse connosco. É importante que cheguemos aos outros com bondade através do que dizemos e do que fazemos, porque a compaixão é um sentimento profundo que nasce a partir dos apelos sofridos ou dolorosos dos outros.

Pessoas diferentes têm perspetivas diversas sobre o que possa ser compaixão e, na maior parte das vezes, é mais fácil apercebermo-nos da sua evidência na prática clínica, quando falha qualquer um dos seus aspetos particulares. Importante é que os enfermeiros saibam reconhecer a ligação da compaixão ao seu profissionalismo. Enquanto enfermeiros, devemos mudar as práticas que não são compassivas, porque a compaixão é a essência do cuidado e, como tal, da enfermagem (Chambers e Ryder, 2009). A virtude moral que a compaixão compreende não exige necessariamente atos heroicos por parte do enfermeiro; muito pelo contrário, pequenos gestos fazem a diferença, tal como um simples sorriso, numa relação de confiança e de confidencialidade, e na motivação interna do enfermeiro para fazer o bem, o que inclui ser justo e bondoso (Sadler, 2004; Cit. por Schantz, 2007).

Na atualidade há demasiados casos anedóticos que evidenciam a falta de compaixão, denunciada por atitudes estereotipadas dos enfermeiros, que se traduzem em intervenções e procedimentos vários, percecionados pelos utentes como mais importantes do que as suas próprias necessidades ou prioridades. Se estamos constantemente focados na próxima tarefa, em vez de nos centrarmos no utente, não podemos ser enfermeiros compassivos. Os enfermeiros trabalham apressadamente, pouco sorridentes e negligentes, cuidando sem empatia e sem envolvimento. Os utentes não sentem os cuidados centrados em si próprios. Há críticas sobre enfermeiros que discutem as suas vidas sociais na presença dos utentes, em vez de se envolverem na relação terapêutica com estes (Chambers e Ryder, 2009).

Para Kanov *et al.* (2004), “compassion is a relational process that involves noticing another person’s pain, experiencing an emotional reaction to his or her pain, and acting in some way to help ease or alleviate the pain.” A motivação é a chave principal no alívio do sofrimento. Esta pode ser despoletada por satisfação pessoal; por demonstração social; normas de reciprocidade; sobrevivência de genes comuns, no caso de serem familiares; altruísmo, quando esta ajuda envolve alguns custos pessoais para o próprio; ou por

egoísmo, quando aquele que ajuda espera a obtenção de compensações pessoais (reconhecimento, respeito, evitar censuras sociais, sentimentos de culpa ou reduzir a sua própria angústia) [Schulz *et al.*, 2007]. Segundo estes mesmos autores, os modelos clínicos de cuidar, que têm por base a relação *stress-coping*, deveriam ser mais questionados pela investigação sobre os ganhos na preferência por modelos com base na relação *sofrimento-compaixão*.

A redução ou diminuição do sofrimento é o centro, a essência da prática clínica dos enfermeiros, sendo que o seu objetivo ético e obrigatório deve ser reduzir, diminuir ou aliviar o sofrimento emocional, físico e/ou espiritual dos doentes e seus familiares (Wright, 2005; Cit. por Sá, 2010). Quanto à dimensão emocional e espiritual dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro, face a um doente em sofrimento, procura estar presente, ouvir, respeitar, ser empático, estabelecer confiança, demonstrar compaixão, alimentar a fé e a esperança, incentivar a procura de um significado, respeitar as suas crenças e práticas religiosas, proporcionar-lhe música, massagem e o toque terapêutico (Martins, 2007; Cit. por Sá, 2010). Por outro lado, o sofrimento dos doentes, sobretudo quando o seu alívio é deficitário, contagia e tem repercussões determinantes nos enfermeiros/famílias.

Schulz *et al.* (2007) argumentam a favor da inclusão do sofrimento como um fator independente de stress, e da compaixão como um mediador dos efeitos do sofrimento na saúde, que divergem dos modelos atuais de relação *stress-coping*. Algumas alterações que o cuidador experiencia advêm do sofrimento do paciente, independentemente de outros fatores relacionados com a doença ou com as características pessoais do cuidador. Este modelo de *sofrimento-compaixão* dá consistência ao facto de:

- a) Poderem ser observados efeitos do sofrimento em indivíduos que não estão diretamente envolvidos nos cuidados, como é o caso de familiares distantes que experienciam sofrimento, e que no modelo anterior não são considerados cuidadores.
- b) Este modelo identificar e valorizar um determinado número de moderadores na relação sofrimento-compaixão, tais como: a empatia, a proximidade, a intimidade, o tipo de ligação, a orientação na relação paciente-cuidador e as causas percecionadas relativamente à responsabilidade pelo sofrimento.
- c) O conceito de compaixão enfatizar fatores que contribuem para a sua variabilidade e passível quantificação, bem como a dos efeitos comportamentais dessa variação na saúde.

Se a compaixão e o cuidar medeiam os efeitos do sofrimento na saúde, podemos pensar a compaixão como um filtro que, em muitas circunstâncias, intensifica os efeitos do sofrimento na saúde. Cuidar pode, simultaneamente, diminuir a saúde, quando há, por exemplo, autonegligência, e também potenciá-la quando o cuidador compassivo, pelo forte impacto emocional, providencia cuidados de saúde de qualidade. Reduzir o sofrimento deve também incluir a melhor performance do cuidador. Todas as intervenções que induzam o cuidador a melhorar e/ou aliviar o sofrimento do paciente são particularmente importantes, devido à reciprocidade de impacto, quer no paciente, quer no cuidador (Schulz *et al.*, 2007).

Hesbeen (2013, p.42) define compaixão em enfermagem como o “cuidado de aligeirar o peso do fardo do sofrimento do outro” e defende que além deste conceito são importantes a simplicidade, o respeito, a subtileza, a escuta, o humor, a capacidade de se indignar e o cuidar de si, para uma verdadeira prática do cuidar generosamente humana. Sturgeon (2008) considera a enfermagem um trabalho difícil e desafiante porque requer sensibilidade emocional, um leque alargado de conhecimentos sobre patologias e farmacologia, e de competências técnicas e administrativas. A compaixão deve ser entendida como uma parte integrante do processo de enfermagem, mas esta não pode ser compreendida apenas neste âmbito. É necessário ter a noção bem clara e acrescida de que os enfermeiros são técnicos altamente especializados, portadores de um conjunto específico de conhecimentos científicos que, por si só, já inclui um código profissional rigoroso de normas e valores.

Os enfermeiros devem estar atentos tanto ao seu próprio stress como ao dos seus colegas, e apoiar aqueles que estão a experienciar uma situação particularmente problemática. Estes podem estar demasiado angustiados e ansiosos devido ao stress e ao sofrimento dos seus utentes, tal como, muitas vezes, os utentes sentem o sofrimento dos enfermeiros por estes vivenciarem os seus próprios problemas. No entanto, um enfermeiro em sofrimento não é capaz de proporcionar uma genuína relação terapêutica, uma vez que este mal-estar contagia outros, podendo até afetar o trabalho em equipa e comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem (Chambers e Ryder, 2009).

Por conseguinte, a compaixão, como elemento essencial mas não exclusivo das competências relacionais na equipa, nutre a comunicação e desenvolve os recursos de proteção social na equipa, que contribuem para a redução do stress relacionado com a profissão e a melhoria da qualidade de vida no trabalho (Miller *et al.*, 2000; Cit. por Apker *et al.*, 2006). Uma liderança efetiva, com estratégias corporativas que considerem os recursos humanos, as multicompetências e a sobrecarga de trabalho, são a base

facilitadora para os enfermeiros desenvolverem cuidados compassivos ao mais alto nível (Straughair, Part. 2, 2012).

“Compassion in organizations makes people feel seen and known; it also helps them feel less alone (Frost et al. 2000; Kahn, 1993). Moreover, compassion alters the “felt connection” between people at work (Frost et al., 2000), and is associated with a range of positive attitudes, behaviors, and feelings in organizations.” (Dutton, Frost, Worline, Lilius, & Kanov, 2002; Lilius et al., 2008)

O conflito é inevitável no local de trabalho devido a divergências de objetivos, de necessidades, de vontades, de responsabilidades, de percepções e de ideias. As inter-relações entre pares podem fazer a diferença no local de trabalho, em situações difíceis e intoleráveis. Não devemos desvalorizar o potencial do conflito, quando não se radicalizam ou perpetuam as oposições, os desacordos ou as emoções negativas. As situações de conflito podem ter alguns efeitos positivos nas relações interpessoais, fortalecendo as relações e a coesão da equipa, tal como referem estes enfermeiros numa *guideline* canadiana: “Change the way you think about disagreements with others, and how you behave during conflict. Be willing to engage directly, constructively, and collaboratively with your colleagues.” (Cloke & Goldsmith, 2011; Cit. por RNAO, 2012, p. 6)

A criação de espaços de trabalho compassivos pode ajudar, paralelamente, as organizações de saúde a atrair e a reter profissionais de enfermagem qualificados. Nas equipas multidisciplinares, os enfermeiros contactam e aprendem a lidar com um conjunto multifacetado de necessidades dos elementos que integram esses mesmos grupos. Os enfermeiros mostram profissionalismo quando revelam compaixão, não só pelo utente mas também pelos seus pares. O seu profissionalismo nutre e defende os outros colegas, adotando uma comunicação verbal e não-verbal positivas. Neste âmbito, os enfermeiros devem estar atentos às necessidades relacionais de diferentes elementos da equipa multidisciplinar, de forma a promover um ambiente de cuidado e de proteção (Apker et al., 2006).

No estudo de Apker et al. (2006), a compaixão, como competência do enfermeiro, insere-se nos comportamentos que dão suporte e constroem as relações dentro da equipa multidisciplinar, considerando três elementos principais: a preocupação e o apoio pelos elementos recém-admitidos; a defesa das necessidades dos elementos em crise, de forma respeitadora e assertiva e, por último, a vinculação à equipa, através do humor, da gratidão, do otimismo e da atitude e emoções positivas, demonstrando cuidado para com todos.

Segundo os autores acima referidos, o papel do líder é fulcral no êxito da comunicação na equipa, assinando responsabilidades, gerindo os diferentes papéis entre os elementos, organizando e supervisionando os enfermeiros ou outros, e delegando funções para uma melhor coordenação dos cuidados. Um verdadeiro líder mantém toda a equipa coesa, reunindo com cada elemento individualmente no início do turno, alertando-o para qualquer situação ou circunstância especial, num ambiente de respeito pelos outros.

Molinier (2008) referiu que o cansaço, a vulnerabilidade, a irritação e o sofrimento do enfermeiro devem desaparecer para que a presença de outro colega seja relaxante. A disciplina do corpo e a solicitação de uma atitude passiva são, regularmente, as etapas constitutivas da estrutura psíquica requerida para o trabalho de enfermagem. Para fazê-lo bem, ou seja, para dele retirar prazer, é fundamental saber sentir o sofrimento do outro, o que implica enfrentar-se a si mesmo e sentir o seu próprio sofrimento. A compaixão é, literalmente, o sofrer-com, ser sensível ao sofrimento do outro. A compaixão não é uma experiência espontânea dos enfermeiros (nem na experiência humana), e este não é o menor dos paradoxos que o trabalho psíquico sob pressão, na realidade, engendra. Entre os estudantes de enfermagem, o encontro com os pacientes suscita inicialmente reações de medo, de angústia e de desgosto, que os seus corpos apreendem, gerando o pânico ou o desejo de fuga. Na atividade dos enfermeiros mais experientes, a compaixão não existe jamais em estado puro. Ela é conflituante com as preocupações ligadas aos imperativos organizacionais: trabalhar num ritmo acelerado, por exemplo, com o excesso de serviço e a irritabilidade, com o medo e a repulsa que não desaparecem, seja pelo desejo ou pela crueldade.

Neste contexto, importa referir o conceito de “Fadiga Compassiva”, termo introduzido pela primeira vez em 1990, e relacionado com o stress constante de cuidar de doentes traumatizados e/ou em sofrimento (Absolon e Krueger, 2009). Aquele constitui-se como um síndrome de esgotamento profissional que resulta em transtornos profundos aos níveis físico, emocional e espiritual, acompanhados de dor emocional significativa (Pfifferling e Gilley, 2000; Cit. por Aycock e Boyle, 2009). Também, de acordo com Hesbeen (2013), o problema surge quando o paradigma dominante, proveniente dos discursos científicos, organizacionais e económicos, preferidos pelos responsáveis pela orientação e organização do sistema de saúde, das estruturas de cuidados ou dos centros de formação, é disfarçado com um discurso humanista. Os profissionais são dotados de instrumentos e de modalidades de organização exclusivas do paradigma científico, o que pode levar à sua destabilização, desamparo, confusão, desilusão e a efeitos patológicos como é o caso do *burnout*, pela tensão criada nestes profissionais com as suas outras formas de cuidar



humanista, tal como defende o autor, “uma prática não pode ser qualificada de cuidado senão quando revela uma intenção autêntica e generosamente humana, cuja perspetiva é a ajuda prestada à pessoa numa situação de vida que é a sua” (Heesben, 2013, p. 26).

O autor de *Inteligência Emocional* (1995) e *Inteligência Social* (2006), Daniel Goleman, refere nesta última obra que aqueles que partilham a missão de prestar cuidados têm de olhar uns pelos outros, realçando ainda o facto de, em qualquer organização humana de serviços, a solidariedade entre colegas afetar a qualidade do serviço prestado. O autor alerta ainda para o facto de os membros das profissões ligadas à assistência, quando desprovidos de uma base de apoio estável nas relações com quem trabalham ou para quem trabalham, se tornarem mais vulneráveis à “fadiga da compaixão”. Na ausência de reabastecimentos emocionais, os prestadores de cuidados veem os seus ‘depósitos’ vazios. Sempre que estes sentem que têm a oportunidade de receber o apoio emocional de que necessitam, tornam-se mais capazes de oferecê-lo aos seus pacientes. Uma enfermeira esgotada não tem recursos emocionais a que possam deitar mão (Goleman, 2006).

Por outro lado, os enfermeiros não são sempre compassivos com os seus pares ou com os outros elementos da equipa. A prática clínica deve assegurar o respeito pelos outros elementos da equipa que estão a experienciar problemas na sua vida pessoal e profissional. Os estudantes de enfermagem, por exemplo, deveriam sentir-se confortáveis pelo facto de estarem a aprender num ambiente acolhedor, o que deveria constituir uma evidência, tanto para o utente como para todos os enfermeiros (Chambers e Ryder, 2009).

No sentido de potenciar a compaixão nas nossas instituições de saúde, Chambers e Ryder (2009) alertam para alguns obstáculos na atitude dos enfermeiros, no tipo de cultura organizacional e nos recursos disponíveis como merecedores de atenção e desenvolvimento, e apontam potenciais soluções, como sejam o uso de humor terapêutico, a formação e o apoio dos líderes nos relacionamentos com a equipa, e os espaços para a discussão dos potenciais conflitos entre a concretização de objetivos e a qualidade dos cuidados de enfermagem, etc.

Para além dos conflitos mal resolvidos ou radicalizados nos locais de trabalho, há outros aspetos considerados como opostos à ação compassiva, e são eles os conceitos de *bullying* e de ostracismo. O primeiro é uma constelação de atos, de um ou mais elementos da equipa, com a intenção de prejudicar e criar um meio hostil de trabalho (Yamanda, 2000; Eindsen, 1999; Cit. por RNAO, 2012). Não se trata de um ato isolado, mas sim de um comportamento abusivo, muitas vezes subtil e camuflado, porém altamente prejudicial. O agente da agressão quase sempre procura chamar a atenção sobre si, de uma forma negativa, atacando aberta, direta, ativamente e com visibilidade na dinâmica do grupo. O

segundo constitui-se como a experiência de se sentir ignorado e excluído pelos colaboradores. É silencioso, encoberto e menos visível. Isola o indivíduo do seu contexto social e retira-lhe todas as formas de interação e de sentimento de pertença ao grupo (RNAO, 2012).

Cada um dos profissionais de saúde tem aptidões particulares. No entanto, nenhuma delas tem interesse se estiver isolada, se não for integrada numa perspetiva de cuidar global. Hesbeen (2000) considera o cuidar como um laço fundamental que permite reunir todos os elementos da equipa numa mesma perspetiva. Neste sentido, quando uma relação se torna demasiado desgastante para o profissional de saúde (não tendo esta de se estabelecer forçosamente com doentes em fase terminal), o enfermeiro deve ter a coragem de pedir que o substituam. Todavia, esta atitude nem sempre é fácil, na medida em que passa pelo reconhecimento dos seus limites. É determinante reconhecer as várias competências dos outros elementos da equipa, e valorizar a interdisciplinaridade em benefício da pessoa que recebe os cuidados.

Cuidar pressupõe condições organizacionais concretas: inicialmente, espaços de diálogo e de decisão entre pares, para lembrar, para compreender e interiorizar o sofrimento gerado pelo trabalho, para arbitrar sobre o que é conveniente ser feito; em seguida, possibilidades para fazer compreender as dificuldades do trabalho num espaço público interno à instituição (Molinier, 2008). O autor sublinha que, no hospital, todo o trabalho multidisciplinar, incluindo o dos técnicos de manutenção e de reparação de material, engenheiros e pessoal de hotelaria, encerra uma dimensão humana do cuidar com compaixão.

Nesta perspetiva, Youngson, em 2008, identificou a modernização dos serviços e a fragmentação dos cuidados de enfermagem como fatores que afetam o exercício da compaixão. Este autor criou um plano de ação para a compaixão clínica, destacando alguns aspetos importantes para a sua implementação na prática:

- Declarar a compaixão como um foco central, reafirmando-a e articulando-a como um valor profissional.
- Premiar, em vez de punir, os cuidados compassivos, reforçando a prática compassiva, providenciando às equipas tempo para a dedicação e o reconhecimento do seu impacto positivo nos cuidados.
- Melhorar a comunicação e as competências relacionais, promovendo periodicamente competências sobre técnicas de comunicação nas equipas e monitorizando o seu impacto através dos questionários de satisfação aos utentes.

- Providenciar espaços de discussão nas equipes sobre estas temáticas, promovendo oportunidades de diálogo e interação multidisciplinar sobre cuidados compassivos.

- Alterar os modelos profissionais, fortalecendo os modelos de cuidar humanista e desmistificar a falsa noção de que o profissionalismo exige distanciamento em relação aos utentes.

- Adotar novos comportamentos face a desafios difíceis, desenvolvendo o comportamento compassivo na prática clínica diária.

- Declarar a compaixão como uma competência de liderança e de gestão. Os enfermeiros chefes devem desempenhar um papel compassivo, já que chefes compassivos resultam em organizações compassivas.

- Envolver os consumidores de cuidados de saúde na mudança, utilizando as narrativas dos utentes como uma ferramenta para a aprendizagem e a melhoria das práticas (Youngson, 2011).

"We regard compassion in organizations as processual and relational. It is common to think of it as an individual characteristic, and a given individual as being either "compassionate" or "uncompassionate". (...) In contrast, we conceptualize compassion as a dynamic process, or a set of sub-processes, that may be found both in individuals and collectivities. Building on Clark (1997), we identify these sub-processes as "noticing", "feeling", and "responding", each contributing uniquely to the process of compassion." (Kanov, *et al.*, 2004)

No quotidiano dos enfermeiros, a essência da compaixão é refletida nos seus encontros que têm a exata particularidade de não serem casuais e residirem numa intenção expressa de contribuir para o alívio do sofrimento, para a procura do equilíbrio e a busca de bem-estar. É esta a natureza da praxis dos enfermeiros, que se confrontam com a vulnerabilidade e com o sofrimento humanos, seja qual for a forma como estes se expressam, da mais despojada à mais sofisticada (Sandelwski, 1991; Cit. por Ordaz, 2011).

### *2.1.2 - A Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria*

Investigando sobre a compaixão entre enfermeiros nos serviços de saúde infantil e pediatria, não encontramos na revisão da literatura que efetuamos qualquer estudo exclusivo desta temática, pelo que quase toda a nossa pesquisa, nesta área específica, tem

o seu foco principal na análise de conteúdo das entrevistas, realizadas aos enfermeiros de pediatria que contactamos, e que passamos a apresentar e a discutir.

Após a transcrição das entrevistas realizadas aos onze enfermeiros de SIP, procedemos à leitura flutuante das mesmas, exercício correspondente à pré-análise da análise de conteúdo segundo Bardin (2002). Nesta fase os dados foram organizados em dois *corpora* distintos: o primeiro *corpus* englobando as respostas às duas primeiras questões - ‘O que é para si compaixão entre pares no âmbito profissional da enfermagem pediátrica’ e ‘Qual a importância que atribui à compaixão entre pares na prática de enfermagem em pediatria’; o segundo *corpus* respondendo às duas últimas questões - ‘No âmbito da sua experiência profissional enquanto enfermeiro de pediatria é capaz de recordar e partilhar – uma história que considere exemplar de compaixão entre os seus pares? Uma outra história em que considere não ter havido compaixão entre os seus pares?’.

A análise categorial do primeiro *corpus*, que corresponde, segundo Bardin (2002), à fase de exploração do material e de tratamento dos resultados obtidos, permitiu-nos a identificação das unidades de registo, o agrupamento dos seus segmentos a partir dos significados, das equivalências e do que há em comum entre estes, a elaboração de tabelas que reúnem e destacam estas informações obtidas e a sua interpretação, visando identificar os atributos, os antecedentes e as consequências da compaixão entre pares, na opinião dos enfermeiros e de acordo com o método de análise conceptual de Walker e Avant (2005). Posteriormente procedeu-se à análise de conteúdo do segundo *corpus*, mediante a seleção das histórias de compaixão e de não compaixão entre pares, nas quais analisamos os atributos do conceito e consequentemente exemplificamos o caso modelo e os casos adicionais, sugeridos por este método de análise conceptual.

A análise de conteúdo do primeiro *corpus* resultou na categorização das unidades de registo, reunidas em torno dos seguintes temas:

- I – Compreendendo a compaixão entre pares em ESIP;
- II - Definindo compaixão entre pares em ESIP;
- III – Descrevendo as vantagens da compaixão entre pares em ESIP (Anexo III).

Passamos a apresentar para cada um destes temas a sua respetiva matriz de análise de conteúdo, com os resultados obtidos, destacando nesta apresentação apenas algumas das unidades de registo que melhor ilustram as categorias e subcategorias reveladas, a sua respetiva análise e discussão.

O primeiro tema - *Compreendendo a compaixão entre pares em ESIP* - reuniu as unidades de registo em oito categorias, apresentadas na tabela 2, e reflete a opinião dos enfermeiros sobre a compaixão entre pares no seu exercício profissional:

<b>TEMA I - Compreendendo a Compaixão entre Pares em ESIP</b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
O ENFERMEIRO SOFRE	-
É DIFÍCIL	-
CARACTERÍSTICA INATA	-
PODE TREINAR-SE	-
NEM SEMPRE EXISTE	-
EXISTEM BARREIRAS	-
É IMPORTANTE PARA A ENFERMAGEM	-
CONFUNDE-SE COM OUTROS CONCEITOS	Pena
	Empatia
	Altruísmo (Abnegação)

Tabela 2 – Categorias e Subcategorias do Tema “Compreendendo a Compaixão entre Pares em ESIP”.

A categoria ‘O Enfermeiro Sofre’ enraíza a compaixão no sofrimento de um colega, identificada pelos enfermeiros de SIP de várias formas:

*Sofrimento às vezes até pode ser um sofrimento porque aquela pessoa está doente... e está com dificuldade até em exercer a sua profissão, porque está doente... e as pessoas não têm, não percebem esse sofrimento (E2).*

*Compaixão é, é eu pensar ou entender o que os outros sentem... compaixão é entender o que o outro sente ... Quando eu entendo que ele está a sofrer ou que está a passar mal por qualquer razão ou não se sente bem por qualquer sofrimento.... (E3)*

*... o reconhecer na pessoa que está a sofrer, na pessoa que está com um problema, reconhecer esse problema.... (E7)*

Neste ponto consideramos importante refletir sobre a definição de sofrimento descrita na CIPE®2 (OE, 2013): “Emoção negativa - sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, isto é, sintomas físicos crónicos como a dor, desconforto ou lesão, stress psicológico crónico, má reputação ou injustiça”. Esta perspetiva parece não coincidir com a opinião dos enfermeiros por nós entrevistados, os quais consideram o sofrimento, neste contexto, como qualquer situação que ameace ou tenha impactos físicos, emocionais ou espirituais/existenciais no bem-estar, na saúde ou na felicidade do enfermeiro (pelo menos sentida por este como tal), independentemente da sua duração ou intensidade. O sofrimento é paradoxalmente integrado na vida humana e é compatível com a saúde desde que suportável (Arman e Rehnsfeldt, 2003; Cit. por Sá, 2010). Ora, o *Dicionário de Bioética* (2001) refere que o sofrimento difere da dor, porque é uma angústia que sentimos não só como ameaça à nossa serenidade, integridade ou realização das nossas intenções, mas

também como frustração em relação ao significado existencial concreto que tivermos em mente. Por seu lado, a dor é uma angústia física, mental ou emotiva, associada a qualquer distúrbio, ferida ou doença, ou a um estímulo desagradável caracterizado pelo desconforto.

Johnston (2007; Cit. por Dunn, 2009, p. 42) alerta para o distanciamento criado pelo mecanismo de defesa do enfermeiro, para se proteger do sofrimento das pessoas que são alvo dos seus cuidados: “[...] there is an inclination for nurses to protect themselves from the devastation of suffering encountered during their mutual participation in the lives of those for whom they care. This immunity, so to speak, is achieved by patterning from a distance even though this may seem incongruent with our mutual human-environmental field.” E a autora esclarece que é precisamente pelo fortalecimento e desenvolvimento das aptidões compassivas do enfermeiro que este ficará mais protegido do sofrimento dos outros, e mais capacitado para lidar com o seu próprio sofrimento: “There is a need to strengthen the capacity of compassion to remain fully present to individuals and their families during times of suffering”.

Na categoria seguinte, dois enfermeiros destacam que a compaixão entre pares ‘É Difícil’:

*Que nem sempre o fazemos porque é muito complicado, é muito difícil... (...) exige muito mais de nós e também nós nem sempre estamos à vontade para o fazer. (E1)*

*E o que eu penso é que... infelizmente cada vez mais, aquilo que eu sinto, é que as pessoas têm dificuldade em ter compaixão. (E2)*

A compaixão parece manifestar-se na envolvimento do sofrimento humano. Esta, só por si, pode constituir uma grande dificuldade para aquele que é testemunha desse sofrimento, porque é natural a busca de felicidade no ser humano. É também provável que a dificuldade aqui expressa pelos enfermeiros se prenda com múltiplos fatores, relacionados com contextos de trabalho e com equipas de enfermagem difíceis. Wilson (2011) refere diferenças culturais, económicas e biológicas que podem condicionar os comportamentos pró-sociais dos grupos e que, inclusivamente, há ambientes e grupos hostis onde é mais difícil permanecer numa atitude compassiva. Também Lencastre (2010) alerta para o tamanho do grupo, adequado ao funcionamento espontâneo dos laços de empatia, reciprocidade e bondade, próprios da compaixão. Molinier (2008) alega como conflituosas com a atitude compassiva as preocupações ligadas aos imperativos organizacionais, que auferem ritmos acelerados de trabalho e excesso de serviço. Ainda neste âmbito, Chambers e Ryder (2009) mencionam a atitude dos enfermeiros por si só, o tipo de cultura organizacional e os recursos disponíveis como importantes fatores para facilitar a compaixão entre pares em enfermagem.

Na categoria 'Característica Inata', do discurso dos enfermeiros emergiu:

*... eu acho que estas coisas também não se aprendem; ou se tem ou não se tem. Eu acho que tem a ver com a vivência que temos de berço e de infância e de família, eu acho que é um valor que se adquire e não se aprende em termos profissionais... se as pessoas têm ... essa forma de estar na vida, ou seja: o estar atenta aos outros e aos sinais de sofrimento dos outros para assim poder ajudar; se o conseguem a nível particular, portanto, se o fazem naturalmente, O.K! Não é uma coisa que se aprende, eu acho que não é uma coisa que se aprende. (E2)*

*... eu acho que a compaixão é, lá está, é uma coisa muito individual, de cada um... cada um vive... isso são valores que as pessoas têm, não é?! E há quem tenha valores, quem não tenha, uns têm valores, outros têm outros. Eu acho que se resume um bocadinho a isto... (E5).*

Na opinião dos enfermeiros entrevistados a compaixão parece ser uma característica que nasce com o indivíduo, e está intimamente relacionada com os valores de infância transmitidos pela família, os quais não se aprendem. Os autores Damásio (2010), Molinier (2008), Castilho e Gouveia (2011), Schulz (2007), Armstrong (2011) e Schantz (2007) referiram a importância da componente filogenética, concordando com Lencastre (2010, p. 120): “a bondade e a compaixão [...] são traços especificamente humanos, mas importa compreender que carregam dimensões filogenéticas”.

Dunn (2009, p. 44), no contexto das teorias de enfermagem, da Teoria do Cuidar (*Nursing as Caring*) e da Teoria do Ser Humano Unitário (*Science of Unitary Human Beings*), realça a experiência individual do enfermeiro no campo energético compassivo: “in dynamic flow with self through intention with the other, a compassionate human energy connectedness is manifested. SUHB and NAC theories provide a potential focus of mutuality for creative synthesis of pattern within a theoretical idea, direct observation and personal experience to build a conceptual framework called compassion energy”. Esta característica individual é corroborada pelos autores Armstrong (2011), Damásio (2010), Schulz (2007), Marçal (1994), Schantz (2007) e Chambers e Ryder (2009), e está muito relacionada quer com a vinculação e o ser alvo da prestação de cuidados no período da infância do indivíduo (Armstrong, 2011; Castilho e Gouveia, 2011), quer com as suas experiências de vida e com o seu contexto sociocultural (Damásio, 2010; Schulz, 2007).

Outros enfermeiros acreditam, pelo contrário, que a compaixão entre pares ‘Pode Treinar-se’:

*Eu acho que é um treino. Ter compaixão também se pode treinar. (...) Começamos a ter compaixão já que não têm connosco. Eu acho que a gente na vida aprende a ter compaixão todos os dias quando não têm compaixão connosco, senão estamos fritos! Olha pronto ele não teve compaixão mas ele já não consegue ter compaixão, tenho que ter eu por ele! (E1)*

*... porque nós enfermeiros estamos, naturalmente, somos o primeiro, ou porque já temos alguma tendência para isso e depois também somos um bocado treinados para isso. A nossa formação é um despertar constante para as necessidades dos outros. ... Mas acho que, de uma maneira geral, somos, ... uns profissionais, dentro da saúde, que estamos bastante despertos e bastante treinados para isso! (E8)*

Como já foi referido, segundo Armstrong (2011), a família é a primeira escola de compaixão, conceito que a autora apresenta sob a forma de um modelo de doze etapas a desenvolver como um projeto de vida, iniciado pela aprendizagem e consciencialização do seu significado, culminando no amor pelos inimigos. Outros autores referem-se à compaixão como um processo dinâmico (*Dicionário de Bioética*, 2001; Lilius *et al.*, 2008; Chopra e Mlodinow, 2011; Castilho e Gouveia, 2011), cuja estrutura em espiral atravessa todas as parcelas da sociedade, do nível micro ao macro, isto é, do indivíduo ao grupo, da comunidade à sociedade global. Ora, a criança e a família (alvo dos cuidados de enfermagem em pediatria) estão inseridos num sistema de saúde e na respetiva sociedade. O enfermeiro/pessoa, em interligação contínua com a sua equipa e com frequentes oportunidades de aprendizagem, está e age no interior deste processo compassivo energético, feito de múltiplos avanços e alguns retrocessos (o que pressupõe dificuldades), como agente e promotor da compaixão, tal como a figura 1 pretende ilustrar:

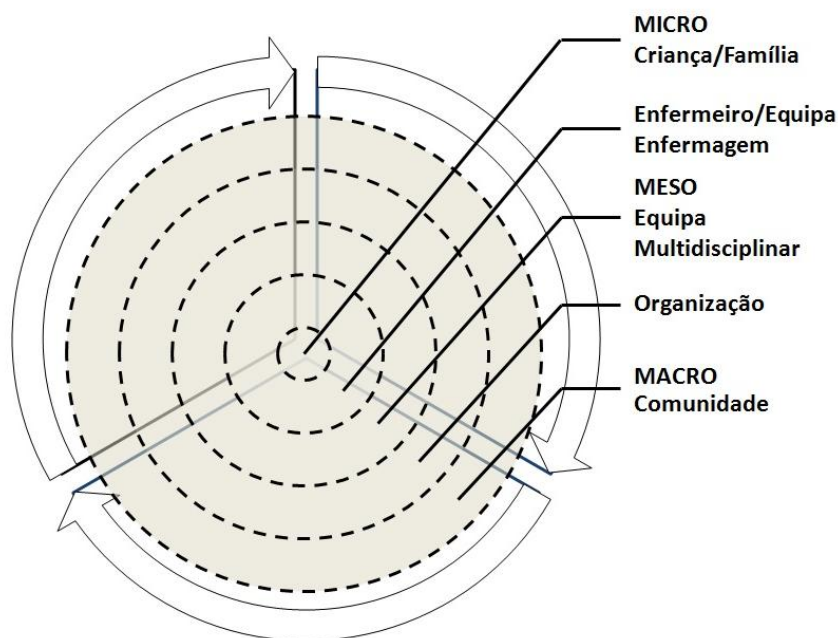


Figura 1 – O Processo Compassivo e os Níveis Sociais: Micro, Meso e Macro.



Retomando a nossa análise de conteúdo, em relação à categoria ‘Nem Sempre Existe’ alguns enfermeiros referem:

*... é uma coisa que em termos do grupo e da profissão em si estamos a perder. (...) E é muito complicado isso! É essas situações... a falta de compaixão dos pares. (E3)*

*Às vezes naquelas coisas pessoais, entre nós, se calhar, já não temos tanto essa compaixão! (...) eu acho que nós já não somos tão... já não temos tanta compaixão uns com os outros. Sei lá, cada um vê mais o seu lado. Eu acho que somos mais com o doente do que propriamente entre nós colegas.... (E5)*

*... já me apercebi em outras equipas mesmo fora cá do serviço, que nós homens temos alguma facilidade, acho que há mais compaixão entre os homens, acho que há mais entreajuda, do que entre equipas com mais mulheres.... entre as mulheres, que se sente mais competitividade, menos compaixão, menos entreajuda, talvez tentar passar.... Acho que nós homens, nesta área de enfermagem, temos mais facilidades do que com o grupo de mulheres. Entre vocês acho que há mais espírito competitivo, não sei! (E10)*

A compaixão entre pares, na opinião dos entrevistados, tem-se vindo a perder, considerando que existem disparidades nas relações entre enfermeiros homens ou mulheres, e diferenças quando se fala na compaixão que se estabelece na relação entre colegas ou na relação entre o enfermeiro e a criança/família. Os enfermeiros parecem, neste aspeto em concreto, estratificar níveis de compaixão relativamente às relações sociais que estabelecem: consideram-se menos compassivos para com os colegas, comparativamente com a criança/família; entre colegas, mencionam a disparidade de comportamento relacional, entre enfermeiros homens e mulheres. Para além da competição entre colegas, os enfermeiros não justificaram o porquê do facto de nem sempre existir compaixão entre pares, mas esse também não era o objetivo deste estudo.

Na categoria seguinte, ‘Existem Barreiras’, os enfermeiros afirmaram:

*Eu acho que nós profissionais, no nosso exercício profissional, entre nós, somos muito frios! Somos pouco... eu penso que temos barreiras de ... de apoio... é o que eu vivencio há vinte anos e que acho que é o que existe, é uma barreira muito grande em termos de o te dares ao outro, do estares disponível para o outro e é teu colega de trabalho.... (E2)*

*Como é que há alguém, um ser humano que deve cuidar de outro e é incapaz de demonstrações de compaixão com aqueles com quem trabalha e, às vezes, está doze horas e catorze horas a trabalhar juntos. E às vezes, são pessoas que até já têm ou deveriam, por experiência pessoal e profissional, deveriam ter outra atitude, não é?! (E7)*

Acerca dos obstáculos que parecem impedir que a compaixão entre pares em ESIP se manifeste, os entrevistados relacionam-nos com a componente emocional e relacional dos enfermeiros. O pouco que sabemos dos outros, o egoísmo e o egocentrismo foram sobremaneira referidos por Armstrong (2011) no seu modelo, como barreiras para o desenvolvimento da compaixão entre as pessoas.

Neste sentido, as categorias ‘Nem Sempre Existe’ e ‘Existem Barreiras’ podem ajudar a compreender a categoria ‘É Difícil’, relativamente à já mencionada, demonstração e desenvolvimento da compaixão entre pares.

Os enfermeiros entrevistados consideraram que a compaixão entre pares ‘É Importante para a Enfermagem’:

*... é importante a compaixão porque, se eu começar entender o que o outro tem, sente, é sinal que eu também tenho um âmbito da minha ação um bocadinho mais alargado. (E3)*

*Eu acho que é quase tudo! Compaixão, eu acho que uma enfermeira que não tenha compaixão, que não saiba, ainda que não a defina como tal, mas que não tenha uma atitude de compaixão ou com os colegas ou com os outros, à partida falha na sua essência! ... É a primeira vez que eu ouço falar nisto em enfermagem, mas, de facto, a gente, fazendo uma introspeção e vendo o que é ou foi a atuação na sua vida, eu acho que compaixão é tudo o que uma enfermeira tem que ter. Se tiver isso, pode ter de uma forma consciente ou não tão consciente, nomeadamente em relação à palavra em si, mas é quase a essência da enfermagem, é isso! (E8).*

Para além de fundamental para a profissão, os enfermeiros fizeram notar que, por intermédio deste estudo, associaram pela primeira vez a palavra ‘compaixão’ à enfermagem. Neste ponto, parece haver uma concordância com vários autores de enfermagem estudados, que consideram a compaixão como essencial para a prática da profissão: de Roach (1992) a Chambers e Ryder (2009), que referem a compaixão como a essência do cuidar em enfermagem e o âmago da profissão, passando por Marçal (1994), Apker *et al.*, (2006), Schantz (2007), Molinier (2008), Dunn (2009) e Straughair (2012).

Na última categoria deste tema, ‘Confunde-se com Outros Conceitos’, emergiram as seguintes unidades de registo organizadas nas subcategorias ‘Pena’, ‘Empatia’ e ‘Altruísmo (Abnegação)’ :

*Com-Paixão?! Fazer as coisas com paixão, mas isso remete sempre.... quem houve remete sempre para pena e ... não sei ... se é pena, ajudar no sentido de ter pena de alguém e a ajudar por isso, porque se tem pena. (E4)*

*Compaixão... seja um bocadinho diferente daquilo que eu estava habituada e que eu pensava em enfermagem que era a empatia.... (E3)*

*... paixão, um bocado de missão (que era um bocadinho, se calhar, exagerado) mas é uma pontinha disso, e de alguma abnegação que muitas vezes em termos profissionais até nos pode prejudicar.... (E3)*

Nas entrevistas realizadas, constatamos que alguns enfermeiros afirmaram ter dificuldade em distinguir a compaixão entre pares de outros conceitos relacionados, como o sentimento de pena, a empatia e o altruísmo. Sobre o primeiro, pena, esclarece Stephen Levine (Cit. por Rinpoché, 1993, p. 241): “Quando o teu medo toca na dor de alguém, faz-se piedade. Quando o teu amor toca na dor de alguém, faz-se compaixão”.

No que concerne ao conceito de empatia, este significa, como vimos, “sintonia de afetos”, isto é, sentir as emoções dos outros (Damásio, 2010; Birnie *et al.*, 2010; Castilho e Gouveia, 2011; Armstrong, 2011; Unamuno, 2007; *Dicionário de Bioética*, 2001; Schulz, 2007; Marçal, 1994; Chambers & Ryder, 2009; Dunn, 2009; Schantz, 2007; Garrett, 2012; Fontinha, 2009; Lencastre, 2010; Duarte, 2009; Saraswati, [s.d.]).

O conceito de altruísmo, por sua vez, difere do de compaixão, porque pressupõe uma preocupação pelo bem-estar dos outros com autossacrifício (Wilson, 2011) envolvendo alguns custos para o próprio (Schulz *et al.*, 2007; Armstrong, 2011; Troncoso-Poblete *et al.*, 2012; Duarte, 2009; Lencastre, 2010; Birnie *et al.*, 2010; Oakley & Madhavan, 2011; Beebe, 2012). Podemos concluir que os nossos entrevistados perceberam algumas das ambivalências que foram referenciadas pelos autores estudados.

## **2.2 – Determinando Os Atributos Da Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria**

O método de análise de conceito de Walker e Avant (2005) refere que a definição dos atributos é o cerne da análise conceptual. O esforço deve ser o de encontrar marcos de atributos frequentes, associados ao conceito, que permitam a análise alargada e profunda do mesmo. Estes atributos finais não são imutáveis e, como tal, podem variar à medida que cresce a compreensão do fenómeno, havendo inclusivamente a possibilidade de se alterarem no decorrer do tempo ou em diferentes contextos.

Os autores salientam o facto de a análise conceptual ser um exercício linguístico formal para a determinação dos atributos do conceito. Esta análise deve ser rigorosa e precisa, mas o seu produto final é sempre uma tentativa, pelo que dois investigadores podem concluir, por atributos diferentes, para um mesmo conceito, além de que, em ciência, o conhecimento muda rapidamente e, o que hoje é apresentado como uma verdade científica, pode não o ser amanhã.

Assim sendo, quais os atributos que estes enfermeiros de SIP associam à compaixão na relação entre colegas da mesma área de especialidade? Regressando à nossa análise de conteúdo, o segundo tema, *Definindo compaixão entre pares em ESIP*, reuniu cinco categorias que na opinião dos enfermeiros entrevistados, podem ajudar a definir compaixão entre pares em ESIP (ver tabela 3) e a esclarecer os seus atributos:

**TEMA II - Definindo Compaixão Entre Pares em ESIP**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
TER SENTIMENTOS	-
TER VALORES	Lealdade
	Respeito
	Solidariedade
	Equidade
	Humildade (Não Ser Arrogante)
	Honestidade
COLOCAR-SE NO LUGAR DO OUTRO	Conhecer-se a Si Mesmo
	Conhecer o Outro
	Perceber as Situações
	Estar Atento ao Sofrimento do Outro
TER BOAS RELAÇÕES HUMANAS	Respeitar as Diferenças do Outro
	Não Fazer Juízos de Valor
	Ser Flexível na Equipe
	Ser Frontal
	Comunicar em Equipe
	Fazer Silêncio
	Criar Laços
	Amizade
	Expressar Sentimentos
	Fazer Alguma Coisa
ALIVIAR O SOFRIMENTO DO OUTRO	Ajudar/Apoiar

*Tabela 3 – Categorias e Subcategorias do Tema “Definindo Compaixão entre Pares em ESIP”.*

Na categoria ‘Ter Sentimentos’, os enfermeiros referiram:

*... eu vejo a compaixão desta forma, de sentimento profundo (...) eu acho que também passam por aí depois os outros sentimentos que estão inerentes à compaixão, não é? (E2)*

*Ou seja, o termos compaixão... o sentimento de compaixão aparece, ou é desperto em nós quando sentimos que alguém no nosso meio de trabalho... está numa situação de sofrimento.... (E2)*

Na opinião dos entrevistados a compaixão é um sentimento que parece incorporar outros sentimentos. A componente emocional que a compaixão comporta inclui, para alguns autores, a vivência de sentimentos positivos como a bondade (Lencastre, 2010; Castilho e Gouveia, 2011; Armstrong, 2011; Straughair, 2012; Schantz, 2007; Chambers e Ryder, 2009), o amor incondicional universal (Unamuno, 2007; Armstrong, 2011), a própria sensibilidade ao sofrimento do outro (Roach, 1992; Sprecher e Fehr, 2005), o carinho e a ternura (Festas, 1996; Cit. por Vieira, 2009), a gratidão (Apker *et al.*, 2006), a generosidade, a gentileza e a abertura de espírito e de coração (Armstrong, 2011); a alternância com sentimentos negativos como a tristeza, a ansiedade ou o tédio (Schulz *et al.*, 2007), que acontece quando nos deparamos e confrontamos com o sofrimento do outro ou com o próprio, pelo contágio emocional e afetivo. Na opinião dos enfermeiros de SIP, esta categoria constitui assim um dos atributos da compaixão entre pares.

Na categoria seguinte, 'Ter Valores', agrupamos as unidades de registo, retiradas do discurso dos enfermeiros, que elencam alguns princípios éticos universais muito relacionados com a compaixão entre pares, e considerados como valores. Estas, foram organizadas nas subcategorias 'Lealdade', 'Respeito', 'Solidariedade', 'Equidade', 'Humildade (Não Ser Arrogante)' e 'Honestidade', que apresentamos na sua respetiva ordem:

*... tem a ver com a minha forma de estar, que tem a ver com valores... ... o que é para mim, um valor: a lealdade .... (E3)*

*... respeito pelo outro (...) o que eu noto, assim ao longo da minha profissão, é que, em alturas, nós tivemos, dependendo do grupo, alguma consideração e agora temos menos consideração em termos gerais (E3).*

*Quem tiver valores, realmente, de solidariedade e humanitários, acabam por se envolver com o outro e defender o outro em momentos maus. Quem não os tem, não defende e não se preocupa em estar no lugar do outro, não é?! (E5)*

*... portanto, acho que não lido com os colegas, com todos da mesma forma. Acho que vou gerindo com cada colega, depende, se for um colega que é muito desenrascado, se calhar eu não o ajudo tanto, nem me aproximo tanto e deixo-lhe mais liberdade. Se for um colega que eu acho que... porque é assim, há colegas que até gostam de fazer as coisas e nem terem ajuda, e há outros que precisam que alguém os ajude a fazer, não é?! Eu acho que aqui eu vou-me ajustando a cada colega. Não trato todos da mesma forma. (E5)*

*A compaixão, acho que é isso que muitas vezes as pessoas sofrem e esta capa, esta arrogância, este distanciamento encobre, na minha opinião, muito sofrimento, dessas colegas mais jovens e das menos jovens, das vidas pessoais e profissionais e da forma como estão até no próprio mundo (E3).*

*... eu não sei se eu defino compaixão, se honestidade com os colegas. (E5)*

Relativamente ao assunto em foco nesta categoria, as autoras Chambers e Ryder (2009) e Fry (1991; Cit. por Dunn, 2009) mencionam o respeito como um valor importante na compaixão em enfermagem; a honestidade é também assinalada pelas autoras Chambers e Ryder (2009) e Ferreira (2006); a equidade é referida pelos autores Wilson (2011), Armstrong (2011), Schulz *et al.* (2007), Marçal (1994), Lencastre (2010), Dunn (2009) e Almond (2002), que globalmente a definem como a distribuição desigual para necessidades diferentes, a igualdade de oportunidades (a justiça, a imparcialidade e o serviço de excelência para todos) e a reciprocidade (dar e receber).

Os autores acrescentam a intenção e a motivação quer para o bem comum (Chopra e Mlodinow, 2011; Schulz *et al.*, 2007; Schantz, 2007; Oakley *et al.*, 2011), quer para a defesa da liberdade, dos direitos humanos e de todos os valores éticos que lhe são satélites, em qualquer grupo étnico-cultural.

Sem a intenção e a motivação para o bem de todos, dificilmente seremos imparciais e justos, ou teremos uma ação orientada pelo profissionalismo, num trabalho de equipa que pressupõe e exige cooperação com e para a humanidade.

Relativamente à categoria 'Colocar-se no Lugar do Outro', alguns enfermeiros expressaram que a compaixão entre pares:

*... é a capacidade que nós temos de nos colocarmos no lugar do outro de forma a nós o entendermos nas suas reações, eu perceber porque é que ele reagiu daquela maneira... (E1).*

Do discurso dos enfermeiros, nesta categoria, destacamos as seguintes unidades de registo que se referem respetivamente às subcategorias 'Conhecer-se a Si Mesmo', 'Conhecer o Outro', 'Perceber as Situações' e 'Estar Atento ao Sofrimento do Outro':

*Temos que... conhecermo-nos a nós próprios para que essas relações interpessoais resultem. (E1)*

*Temos que conhecer o outro... (E1).*

*É parar e tentar perceber porquê? Porque é que isto está a acontecer? ... de tentar perceber a nossa situação, de perceber que, às vezes, a gente fez alguma coisa menos bem há uma razão por trás.... (E1)*

*... e não consegues ver aquela pessoa como um ser humano que está em sofrimento, mas não, percebes?!... Como um número que está ali para trabalhar e portanto, se está ali, tem que trabalhar e se ela está triste, em sofrimento e se não consegue fazer uma atividade, que conseguisse, que estudasse, que fizesse... não há de facto... porque às vezes o sofrimento, lá está, visto em termos profissionais, uma inadaptação ao serviço que está a ter.... (E2)*

No que diz respeito à subcategoria 'Conhecer-se a Si Mesmo', esta surge frequentemente associada à autocompaixão do enfermeiro, o que está em concordância com o que foi referido por vários autores, como vimos nas diferentes perspetivas da literatura. Ferreira (2006) alerta para o conhecimento profundo que o enfermeiro deve ter de si próprio, e para a compreensão das suas crenças, dos seus hábitos, dos seus receios, que lhe permitam tomar consciência dos seus mecanismos de projeção e de defesa, bem como adquirir a autenticidade e a confiança que lhe possibilitem melhorar a qualidade dos cuidados que presta. Às vezes, e segundo a mesma autora, o conhecimento de nós próprios e dos outros torna-se difícil devido aos nossos medos. Se temos receio de lidar com o sofrimento e com os medos dos utentes, é porque não sabemos lidar com os nossos próprios medos e sofrimento. Temos medo de ser rejeitados, julgados ou de nos encontrarem aspetos menos favoráveis. Temos medo do impacto das nossas palavras, dos nossos gestos, dos nossos pensamentos, de correr riscos e de falhar, de sermos obrigados a desdizermos-nos, e de piorar as situações. Todos estes medos nos impedem de crescer e de nos darmos a conhecer a nós próprios e aos outros.

Relativamente às subcategorias ‘Conhecer o Outro’, ‘Perceber as Situações’ e ‘Estar Atento ao Sofrimento do Outro’, Ferreira (2006) esclarece ainda que a capacidade de reconhecer o sofrimento, o erro e os infortúnios está muito relacionada com a empatia do enfermeiro. Esta surge, neste, como uma compreensão profunda do utente e da sua situação, permitindo que aquele seja capaz, de acordo com as suas aptidões e capacidades, de se colocar verdadeiramente na *pele* do outro, compreender o seu mundo e reintegrar de novo a sua própria *pele* (mantendo intacto aquilo que ele é sem, no entanto, julgar o outro), para depois tentar apreender o que este sente, como sente e comunicar-lhe esta compreensão. Esta empatia, simultaneamente emocional e cognitiva (emoção/razão da emoção), na opinião dos enfermeiros entrevistados, parece também ser necessário existir na relação particular do enfermeiro com os seus pares.

A sensibilidade e a disponibilidade são outros aspetos referidos pelos autores, tal como a preocupação para com os outros (Castilho e Gouveia, 2011; Armstrong, 2011; Damásio, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2003; Wilson, 2011; Chambers e Ryder, 2009; Ferreira, 2006). Os autores referem que a compaixão entre pares é manifestação da inteligência emocional e social (Armstrong, 2011; Damásio, 2010; Goleman, 2006) e compromisso (Chambers e Ryder, 2009), com os quais fazemos a ponte para a categoria seguinte.

Segundo os enfermeiros entrevistados, ‘Ter Boas Relações Humanas’ define também a compaixão entre pares em ESIP. As unidades de registo que selecionamos, exemplificam algumas características do que os enfermeiros consideraram ser um bom relacionamento: ‘Respeitar as Diferenças do Outro’, ‘Não Fazer Juízos de Valor’, ‘Ser Flexível na Equipa’, ‘Ser Frontal’, ‘Comunicar em Equipa’, ‘Fazer silêncio’, ‘Criar Laços’, ‘Amizade’ e ‘Expressar Sentimentos’, que consideramos respetivamente como subcategorias:

*... na pediatria, houve uma coisa ou outra mas coisas pequeninas, que eu não acho que sejam faltas de compaixão, acho que fomos sempre colegas com atritos e desigualdades, mas sempre nos respeitamos ... Somos todos diferentes, temos todos que respeitar as diferenças de cada um! (E9)*

*Pronto, lá está, são os tais juízos de valor que eu acho que nós, profissionais, que às vezes caímos ou temos a tentação de cair nesse erro, desvalorizamos o sofrimento da outra pessoa, estamos a achar que ela está a exagerar e se calhar, quando é connosco é ... avaliamos de forma diferente. (E2)*

*... nalgumas equipas é assim, não têm flexibilidade e a tal equidade de ver (...) Portanto, mas a compaixão, a iniciativa de a própria equipa, não! Há outras que têm mais essa sensibilidade... que assumem.... (E3)*

*Ter compaixão foi ser frontal ao máximo com essa pessoa foi chamá-la ao lado e dizer-lhe assim: “As tuas limitações são estas. Quando se fala em limitações não é para toda a vida. Tens estas limitações, tens que tentar contornar e adaptar-te.” ... Ser frontal e dizer às*

*peças o que é que está acontecer e o que é que vai... acho que isso é um ato de compaixão.*  
(E1)

*As relações... há pessoas que estão mais evoluídas, outras menos evoluídas, outras limitadas, outras menos limitadas... Temos que aprender a falar uns com os outros.* (E1)

*Às vezes o que eu sinto... às vezes só o silêncio, muitas vezes é muita compaixão que temos pelas pessoas! O ter o silêncio....* (E2)

*... portanto, nós partilhávamos muito! O facto de fazer-se, fazer-se noite, a gente conversava de tudo e mais alguma coisa, acabávamos muitas vezes por ser... por ser o ombro amigo de alguém, não é?! E essas partilhas eram importantes!* (E8)

*... realmente compaixão para mim tem muito a ver com amizade. Se calhar não amizade, mas mesmo companheirismo, porque amizade nós temos pelas pessoas que gostamos, companheirismo temos que ter por toda a gente, e colegas temos que ser de toda a gente.*  
(E9)

*Sabem que o outro faz anos e têm dificuldade em lhe dar um beijo e um abraço, em exteriorizar uma alegria... faz de conta... de ficar contente porque o outro está contente, porque o ficar contente quando o outro está contente é tão importante como ficar triste quando o outro está triste ... e tentar ajudar.*(E2)

No âmbito das boas relações humanas, e relacionadas com as subcategorias ‘Respeitar as Diferenças do Outro’, ‘Não Fazer Juízos de Valor’ e ‘Ser Flexível na Equipa’, Neff (2008; Cit. por Fontinha, 2009) esclarece que, quando se sente compaixão por uma pessoa que falhou em algo, cometeu um erro ou uma transgressão, a atitude compassiva pressupõe paciência, bondade, compreensão, não-julgamento e uma mente aberta perante o outro, - em vez de um duro criticismo ou um severo julgamento, que simplisticamente rotula a pessoa como má ou incompetente. A compaixão contextualiza também todas as experiências do indivíduo numa perspetiva de humanidade comum, que tem por premissa o facto de todos os seres humanos serem imperfeitos, cometerem erros e sofrerem (Armstrong, 2011; Schantz, 2007; Troncoso-Poblete *et al.*, 2012; Chambers e Ryder, 2009; Castilho e Gouveia, 2011; Fontinha, 2009).

No que diz respeito às subcategorias ‘Ser Frontal’, ‘Comunicar em Equipa’ e ‘Fazer Silêncios’, também Armstrong (2011) salienta que comunicar pressupõe capacidades para o diálogo. Este saber dialogar compreende escuta e resposta atentas (Chambers e Ryder, 2009), competências relacionais (Youngson, 2008), paciência (Castilho e Gouveia, 2011), perdão (Castilho e Gouveia, 2011; Armstrong, 2011; Goleman, 2006), domínio da cobiça e do egocentrismo (Armstrong, 2011), conhecer os limites das forças e das fraquezas e restabelecer o equilíbrio (Damásio, 2010; Dunn, 2009; Armstrong, 2011), criatividade e humor na resolução dos problemas (Castilho e Gouveia, 2011; Damásio, 2010; Unamuno, 2007; Armstrong, 2011; Chambers e Ryder, 2009; Apker *et al.*, 2006; Dunn, 2009; Heesbeen, 2013) e abertura a culturas diferentes (Armstrong, 2011).



Ainda sobre esta categoria, e relativamente às subcategorias ‘Criar Laços’, ‘Amizade’ e ‘Expressar Sentimentos’, alguns autores alertam para a necessidade de ser oferecida à pessoa a oportunidade de exprimir sentimentos positivos e negativos (Armstrong, 2011; Castilho e Gouveia, 2011; Fontinha, 2009; *Dicionário de Bioética*, 2001; Schulz *et al.*, 2007; Troncoso-Poblete *et al.*, 2012; Schantz, 2007; Chambers e Ryder, 2009; Apker *et al.*, 2006). Outros autores reconhecem também a importância da interligação, da vinculação, da proximidade, da presença e da intimidade entre indivíduos (Castilho e Gouveia, 2011; Damásio, 2010; Schulz, 2007; Gilbert, 2005; Goleman, 2006; Fox, 1979; Roach, 1992; Dunn, 2009).

As categorias ‘Colocar-se no Lugar do Outro’ e ‘Ter Boas Relações Humanas’ parecem constituir o que vários autores designam de Comunicação Empática. Esta comunicação não é mais do que “a arte da escuta atenta e do discurso afetuoso”, do monge budista Thich Nhat Hanh que acredita que, quando não conseguimos comunicar, adoecemos, sofremos e descarregamos o nosso sofrimento nas outras pessoas. Por isso, quando falamos, devemos dizer a verdade sem violência, com um discurso que a outra pessoa seja capaz de entender e de aceitar; quando escutamos, devemos ouvir atentamente o som interior e exterior do sofrimento do outro, o que corresponde a uma escuta de boa qualidade, capaz de lho aliviar. Deveremos, como tal, estar conscientes do sofrimento causado por discursos inconscientes, e pela incapacidade de ouvir os outros, sabendo que as palavras podem criar felicidade ou sofrimento no outro (Hanh, 2008, p. 88-140).

Uma outra perspetiva de Comunicação Empática corresponde à comunicação em que o outro é respeitado, quando na posição de ajudado, ou ambas as partes se respeitam na busca de compreensão mútua. Se uma das partes está na posição de ensinar, ela comunica para que o outro aprenda por si mesmo. Se ambas as partes estão em igualdade de condições, elas dialogam entre si para compreenderem a realidade, visando transformá-la juntos (Silva, 2010).

O psicólogo americano Marshall Rosenberg (Cit. por Kendrick, 2007) designa esta comunicação empática como “Comunicação Não Violenta”, a qual assenta nos quatro pilares:

- 1 – Observação/Livre de juízos de valor, rótulos, opiniões, etc.
- 2 - Expressão de Sentimentos (de tristeza/alegria, cansaço/energia, raiva/calma, etc.) /Livre de pensamentos.
- 3 - Necessidades Humanas Universais (de empatia, honestidade, respeito, aceitação, etc.) /Livres de estratégias.

#### 4 – Pedidos/ Livres de exigências.

Esta comunicação implica duas formas principais de nos relacionarmos:

1ª – Expressarmos honestamente os nossos sentimentos e necessidades.

2ª – Ouvirmos empaticamente os sentimentos e as necessidades do outro.

Por conseguinte, ‘Ter Boas Relações Humanas’ constituindo-se mais um dos atributos da compaixão entre pares, referido pelos enfermeiros de SIP, parece também capaz de integrar aspetos como o da comunicação não violenta e o da comunicação empática, pelos testemunhos que foram recolhidos nas entrevistas.

Na última categoria ‘Aliviar o Sofrimento do Outro’, agrupamos as unidades de registo nas subcategorias ‘Fazer Alguma Coisa’ e ‘Ajudar/Apoiar’, e que passamos a exemplificar:

*Penso assim, sinto assim a compaixão ser desta forma... e não só... a pessoa dizer... vivenciar a situação, fala muito dela... e não sei quê... e não fez nada para, quando esprememos e vemos O.K. toda a gente está com compaixão mas que é que fizeram? Não têm compaixão nenhuma.... (E2)*

*Compaixão é... depois eu desenvolver ações que levem a que o outro tenha... se sinta mais... que se sinta melhorado ou se sinta melhor. ... Portanto, isso são ações que eu depois vou desenvolver para tentar que ele fique um pouco melhor ou se sinta melhor.... (E3)*

*... para mim isso foi um ato de compaixão. Foi ajudar-me a passar um momento difícil de integração a um novo serviço. (E1)*

*... sobretudo aqui que trabalhamos em equipa... Eu acho que acaba sempre por haver sempre muita compaixão entre os colegas. E isso até se vê, por exemplo, quando um colega está muito ocupado com um doente e tem outros doentes para cuidar, e que os colegas acabam por ir tratar daquele doente porque reconhecem que o colega não consegue, não é?! (E5)*

*... estar predisposta a ajudar, e a ajudar a ultrapassar, ajudar a apoiar.... (E7)*

*Compaixão em enfermagem entre pares é, não só o trabalho em equipa, mais do que isso, penso que seja também a ajuda entre os colegas, a entreajuda, porque o trabalhar em equipa não é só aquela parte prática mas sim o auxiliar, não é só o pedir, por exemplo “Ajuda-me aqui!”, mas sim ver que o colega está mais atrapalhado ou com mais trabalho do que eu e tentar ajudá-lo, seja qual for a situação.... (E10)*

Relativamente à subcategoria ‘Fazer Alguma Coisa’, a opinião dos enfermeiros entrevistados parece aproximar-se da posição assumida por vários teóricos na medida em que, tal como diz Sogyal Rinpoche (1993, p. 227), no seu livro *O Livro Tibetano Da Vida E Da Morte*, a compaixão “[...] não é apenas um sentimento de simpatia ou de cuidados pela pessoa que sofre, não se trata apenas de um calor do coração para com uma pessoa que se vos depara ou de um reconhecimento, nítido e claro, das suas necessidades e sofrimentos, mas também uma determinação, prática e sustida, de fazer tudo o que for possível e necessário para aliviar o sofrimento dos outros.”

Ferreira (2006) refere que os modos de agir e de estar de cada enfermeiro poderão estar condicionados pela sua percepção do que é ser enfermeiro, na relação com os outros colegas. Desta forma, as atitudes de cada um podem não surgir espontaneamente, antes emergem de um percurso que os enfermeiros desenvolvem em conjunto, e que os influencia de uma forma positiva ou negativa, ou seja, vão originar novos comportamentos e atitudes. Nesta perspetiva, os enfermeiros têm o dever de estar atentos ao seu crescimento, como já vimos, mas também de contribuir para o crescimento do outro enfermeiro, estando despertos para as atitudes e comportamentos destes. De acordo com a autora, também pela reflexão, quer individual, quer conjunta, os enfermeiros podem analisar os procedimentos e a conduta de cada um e, de uma forma construtiva, aferir e melhorar os aspetos menos corretos, no sentido de cultivar um maior respeito pelos utentes e responder de uma forma responsável e qualificada às suas necessidades.

A subcategoria 'Ajudar/Apoiar' parece-nos muito relacionada com a colaboração com humanidade e a cooperação, assinaladas por diversos autores (Castilho e Gouveia, 2011; Armstrong, 2011; Schulz *et al.*, 2007; Damásio, 2010; Fontinha, 2009; Unamuno, 2007; Chambers e Ryder, 2009; OE, 2003; Apker *et al.*, 2006; Lencastre, 2010; Goleman, 2006; Hurthouse, 2012), e até com o espírito de serviço, referido por Armstrong (2011).

Na perspetiva de alguns dos autores estudados (e que é também a nossa), considera-se importante a ajuda e a colaboração entre enfermeiros como a ação livre (espontânea ou organizada) de cooperação humanista para com o colega ou a equipa, distinguindo-se esta da cooperação autoritária. Esta colaboração deve ser entendida no sentido em que Graham e Barter (1999; Cit. por RNAO, 2006, p. 32) a definem: “[...] the process of working together to build consensus on common goals, approaches and outcomes. It requires an understanding of own and others’ roles, mutual respect among participants, commitment to common goals, shared decision making, effective communication relationships and accountability for both the goals and team members.”

A enfermeira Marçal (1994) considerou o “intencionalmente sofrer com o outro que sofre, reconhecendo a distinção fenomenológica das experiências afetivas de ambos” (Marçal, 1994, p.93) como único atributo crítico da compaixão na enfermagem. No nosso estudo, os enfermeiros vão mais além da (con)vivência do sofrimento e consideraram a ação do enfermeiro, no sentido de o aliviar, como um dos atributos da compaixão entre pares em ESIP.

Podemos então considerar o enfermeiro compassivo como aquele que tem em consideração o sofrimento de outra pessoa e procura aliviá-lo, pela ação, como se fosse o seu. O indivíduo compassivo tem de ser capaz de reconhecer e de nutrir empatia pelo sofrimento do outro, sentir uma ligação com este, experienciar sentimentos positivos (como amor, preocupação ou ternura) e negativos (como angústia, tristeza, raiva ou ansiedade) e estar motivado para reduzir ou eliminar este sofrimento. Assim sendo, a compaixão comporta várias componentes:

“Compassion is a multi-dimensional process in which three elements of compassion form a tri-partite concept: noticing another person’s suffering, empathically feeling that person’s pain, and acting in a manner intended to ease the suffering (Dutton et al., 2006; Kanov et al., 2004; Miller, 2007). All of these elements are necessary, in this view, to understand compassion. Importantly, compassion goes beyond felt empathy to entail action, which is regarded as a compassionate response regardless of whether or not it successfully alleviates suffering.” [Kanov *et al.*, 2004; Reich, 1989; Soygal Rinpoche, 1992] (Lilius, *et al.*, 2008)

Mediante a análise efetuada, concluímos que, às três componentes de compaixão defendidas por Schulz *et al.* (2007) – cognitiva, emocional e intencional -, os enfermeiros de SIP entrevistados destacaram outras duas componentes – a ética e a relacional. Optamos por considerar como componente de ação o que os autores defendem como componente intencional, o que distingue melhor a compaixão de outros conceitos que não implicam necessariamente que se faça algo por alguém, como é o caso da empatia.

A figura 2 ilustra o processo dinâmico da compaixão entre pares em ESIP, constituído pelas suas cinco componentes nos diferentes níveis sociais.

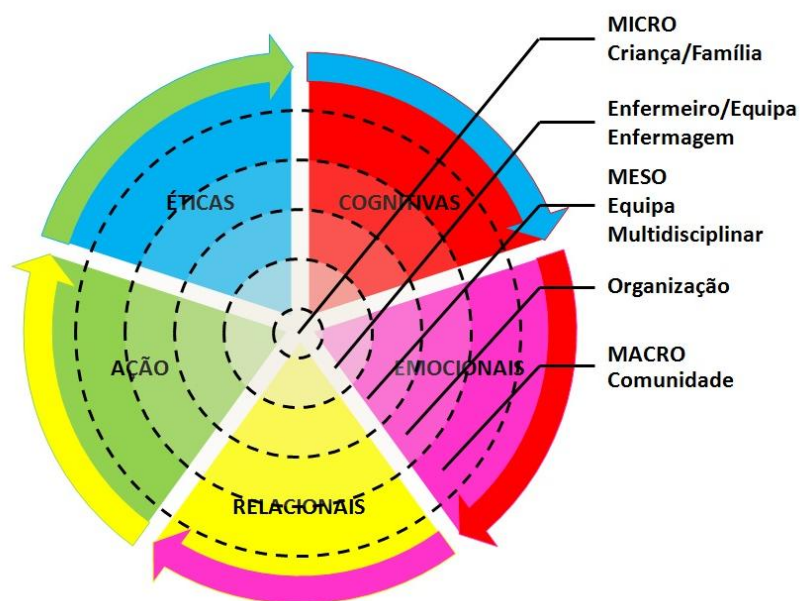


Figura 2 – As Componentes da Compaixão e os Níveis Sociais: Micro, Meso e Macro.

O progresso de todos os níveis sociais desenvolve-se na presença de um dinamismo compassivo pelo que, quanto mais compassivos forem os atores sociais, mais compassiva se torna a sociedade global. Em sincronia, estas componentes interpenetram-se e são potencializadas umas pelas outras, bem como pelos diversos atores sociais. Tal como diz Goleman (2006, p. 462), “[...] a responsabilidade social começa aqui e agora, quando agimos de maneiras que ajudam a criar estados ótimos em terceiros, desde aqueles com quem nos cruzamos ocasionalmente àqueles que amamos e que nos são mais caros.”

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros de SIP pôde assim revelar cinco atributos principais, que reúnem as características e as dimensões que, na opinião destes, melhor definem a compaixão entre pares no âmbito da ESIP:

- Ter Sentimentos – Componente emocional relacionada com a bondade e a benevolência do enfermeiro, que vivencia o sofrimento de outro colega no seu exercício profissional.
- Ter Valores – Componente ética e deontológica do enfermeiro, cuja intenção, motivação e ação visam o bem comum, no respeito pela condição humana, na defesa dos direitos e liberdades dos colegas de profissão e com profundo sentido de equidade, não só por dever profissional, mas também por motivações beneméritas intrínsecas à condição de ser pessoa, do enfermeiro.
- Colocar-se no Lugar do Outro – Componente relacional e cognitiva caracterizada pela empatia do enfermeiro por aquele que sofre na equipa, que consiste na sua capacidade de se identificar com as emoções do outro e de perceber as razões para este sofrimento.
- Ter Boas Relações Humanas – Componentes emocional, ética e relacional, muito relacionadas com formas de comunicação empática e não violenta, na equipa de enfermagem.
- Aliviar o Sofrimento do Outro – Ação livre, espontânea ou organizada de colaboração humanista, para ajudar e apoiar o enfermeiro no alívio do sofrimento do colega, no âmbito do seu exercício profissional e na equipa.

Estes atributos são corroborados pelos diversos autores estudados na nossa pesquisa, e julgamos estarem intimamente relacionados com a própria essência da compaixão em enfermagem. A figura 3 esclarece o processo compassivo entre enfermeiros de SIP, através dos seus atributos que o podem constituir e potenciar numa perspetiva dinâmica:

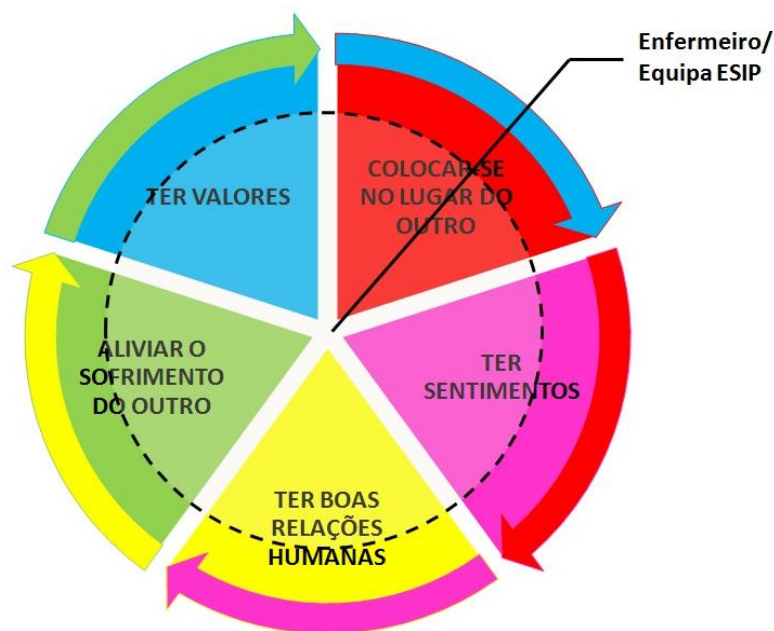


Figura 3 – Os Atributos da Compaixão Entre Pares em ESIP.

Os subcapítulos que se seguem apresentam o caso modelo e os casos adicionais, segundo Walker e Avant (2005), a partir das histórias exemplares de compaixão e de não compaixão entre pares, que foram solicitadas aos enfermeiros. Nestes casos procuramos realçar os cinco atributos do conceito em análise.

### 2.3 – Identificando Um Caso Modelo De Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria

Um caso modelo é um exemplo da utilização do conceito que descreve todos os seus atributos. Este caso deve ser um verdadeiro modelo que reflete o conceito, isto é, um exemplar paradigmático do mesmo. O caso modelo pode advir da vida real, encontrar-se na literatura ou ser construído pelo investigador, podendo estar ou não relacionado com a enfermagem (Walter e Avant, 2005).

Apesar de as histórias serem inerentemente subjetivas, estas providenciam aos participantes uma oportunidade de narrar e de refletir sobre as experiências do dia-a-dia. O enfermeiro entrevistado E7 narrou o seguinte caso que, após a análise, consideramos como um modelo de compaixão entre pares em ESIP:

*Lembro-me de uma situação que foi muito positiva! Que foi para me ajudar a crescer, a desenvolver competências, e que foi estimular-me por exemplo a fazer, a conhecer outros sítios fora aqui do Porto, e até no estrangeiro. E eu era muito jovem, sem experiência nenhuma, e que essa pessoa, que era uma superior minha (Enfermeira-Chefe), me ter estimulado a mim e a outras colegas, quase que atirado para... “Tens que ir!” Quase que nos obrigou, mas obrigou no bom sentido, ... para que eu fosse e tivesse essa oportunidade ou quase única, ou a primeira oportunidade de grande valor, da minha vida! E acho que isso foi, entre outras, tive outras situações, mas isso foi importante! Aquela, a primeira de que me ensinou também a ter compaixão e a saber a importância da compaixão na vida das pessoas, e isso foi uma grande lição de vida para mim! Muito positiva! (...) Era muito nova ainda, na profissão e essa pessoa ao estimular-me para o conhecimento para outras situações na minha vida, isso foi, foi muito positivo! E saber que há pessoas que se preocupam com outras para que essas pessoas possam progredir e reconhecer, lá está, reconhecer em nós um potencial, não foi só a mim, um potencial de que eu poderia ir mais além! Isso foi muito, muito motivador, muito estimulante! E foi a lição de vida de que devemos estar sempre atentos ao outro para progredir! Isso é bom! (...) ... tive outras situações... quando tínhamos um problema com um familiar, ela era a primeira a dizer que – naquele momento estava a nossa família e que iríamos... ela organizava as coisas para que nós pudéssemos ter alguma, alguma capacidade de estar a acompanhar o nosso familiar. E saber que, naquele momento, não tínhamos que nos preocupar, ou porque até estávamos em turno, ela dispensava-nos, pedia a outro colega, organizava as coisas, de forma a que outra pessoa nos pudesse substituir e ela própria nos substituí e dizia: “agora, é a hora de acompanhar o seu familiar e dar-lhe todo o apoio!” Lá está, mais uma vez, induzia outros colegas a fazer isso e ensinava-me a mim de que, um dia, eu deveria estar disponível para o outro ou para o outro colega, quando ele tivesse uma situação dessas. Ensinou-me a ter compaixão! Ensinou-me! Eu penso que isso foi importante, foi útil, foi bom! (E7)*

Neste caso estão descritos os cinco atributos da compaixão entre pares, concluídos a partir da opinião dos enfermeiros de SIP, facto que o constitui um caso modelo:

**TER SENTIMENTOS** – Revelado pelo bem-estar dos enfermeiros mais novos, ... *não tínhamos que nos preocupar, ou porque até estávamos em turno, ela dispensava-nos...; Isso foi muito, muito motivador, muito estimulante!; Eu penso que isso foi importante, foi útil, foi bom!; na intenção da enfermeira chefe de fazer o bem, ... nos obrigou, mas obrigou no bom sentido, ... para que eu fosse e tivesse essa oportunidade...; pelo sentimento de gratidão do enfermeiro, ... e isso foi uma grande lição de vida para mim...*

**TER VALORES** – Revelados pela equidade: para todos, ...*estar disponível para o outro ou para o outro colega...; e pela igualdade de oportunidades, ... me ter estimulado a mim e a outras colegas,... não foi só a mim.*

**COLOCAR-SE NO LUGAR DO OUTRO** - Revelado pela atenção ao outro, ... *de que devemos estar sempre atentos ao outro...; pela preocupação com o outro, ... que há pessoas que se preocupam com outras para...; pelo reconhecer das potencialidades do outro, ... reconhecer, lá está, reconhecer em nós um potencial...*

**TER BOAS RELAÇÕES HUMANAS** – Reveladas pela disponibilidade para o outro, ... *um dia, eu deveria estar disponível para o outro; pela comunicação empática, ... e dizia: “Agora, é a hora de acompanhar o seu familiar e dar-lhe todo o apoio!”; ... induzia outros colegas a fazer isso e ensinava-me a mim... Ensinou-me a ter compaixão!; pela comunicação à equipa sobre o valor da compaixão, ... de que me ensinou também a ter compaixão e a saber a importância da compaixão na vida das pessoas...*

ALIVIAR O SOFRIMENTO DO OUTRO – revelados pela ajuda e apoio a crescer e a desenvolver o enfermeiro, ... *para me ajudar a crescer, a desenvolver competências, ...*; pelo estimular o enfermeiro a fazer e a conhecer, ... *e que foi estimular-me por exemplo a fazer, a conhecer outros sítios...*; pelo colaborar em equipa, ... *ela dispensava-nos, pedia a outro colega, organizava as coisas, de forma a que outra pessoa nos pudesse substituir e ela própria nos substituía....*

## **2.4 – Identificando Os Casos Adicionais De Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria**

Analisar mais situações é uma outra etapa do diálogo interno do conceito. Procurar os melhores atributos para definir o conceito em questão pode ser difícil, porque alguns podem coincidir com outros termos relacionados. Pesquisar mais casos que não sejam definições exatas do conceito, mas similares ou contrárias, ajuda uma validação mais precisa dos atributos (Walker e Avant, 2005).

### **2.4.1 – Um Caso Semelhante De Compaixão Entre Pares**

Um caso semelhante é o que contém alguns dos atributos do conceito, mas não todos, e pode contribuir para o seu esclarecimento. Pode ser um exemplo que apresenta outros termos relacionados com o conceito em estudo (Walker e Avant, 2005).

Das múltiplas narrativas recolhidas nas entrevistas, um dos enfermeiros relatou o seguinte episódio que consideramos como o nosso caso semelhante de compaixão entre pares em ESIP:

*Lembro-me de um caso: uma colega que chega ao serviço muito abatida, chorosa, o namorado tinha acabado com ela e ela não conseguia começar a trabalhar. Tentou-se dar apoio, a equipa são três numa ... a equipa da tarde são três, ela veio fazer tarde, por mais apoio que a pessoa lhe tentasse dar... os colegas... ela não conseguia fazer nada, só chorava, pelo que foi necessário que os doentes dessa colega fossem divididos pelos outros dois. Para além disso, sempre tentando que ela estivesse o melhor possível, tentando dizer-lhe que as coisas não eram assim tão graves, que a situação iria passar, mas ela estava numa situação de lástima total! Ela vive cá, vive cá no Porto, já não vive... vive sozinha cá no Porto e, ao longo do turno, as colegas verificaram que ela não iria conseguir, não estava em condições de ir para casa sozinha! Ao longo do turno até tentaram que ela fizesse alguma coisa: “Olha, escreve isto para ver se fica alguma coisa com a tua letra! Escreve isto, escreve aquilo!” Ela*



*não estava mesmo em condições de ... não fez nada o tempo todo, as colegas fizeram o trabalho que ela tinha, ficaram com os doentes dela e, no final, tiveram que ligar para o irmão dela.... (E6)*

Neste caso semelhante de compaixão entre pares estão descritos apenas três dos cinco atributos definidos pelos enfermeiros entrevistados:

**COLOCAR-SE NO LUGAR DO OUTRO** – Revelado pela atenção ao outro, *...as colegas verificaram que ela não iria conseguir, não estava em condições...; pela preocupação com o outro, ...tentando que ela estivesse o melhor possível....*

**TER BOAS RELAÇÕES HUMANAS** – Reveladas pela comunicação empática, *...tentando dizer-lhe que as coisas não eram assim tão graves, que a situação iria passar...; ... até tentaram que ela fizesse alguma coisa....*

**ALIVIAR O SOFRIMENTO DO OUTRO** – Revelado no apoio ao colega, *Tentou-se dar apoio... por mais apoio que a pessoa lhe tentasse dar... os colegas...; revelado pelo colaborar em equipa, ... as colegas fizeram o trabalho que ela tinha, ficaram com os doentes dela....*

#### **2.4.2 – Um Caso Relacionado De Compaixão Entre Pares**

O caso relacionado associa-se ao conceito em estudo, mas não contém todos os atributos do conceito. É um caso semelhante que, de certa forma, se liga ao conceito principal. Este ajuda-nos a compreender o modo como o conceito em questão cabe na rede de outros conceitos que se lhe associam. O caso relacionado demonstra as ideias similares ao conceito principal, mas distingue-se deste quando melhor analisado. O seu estudo aprofundado permite-nos clarificar o que é importante, ou não, para a definição dos atributos do conceito (Walker e Avant, 2005). O caso relacionado com a compaixão entre pares que selecionamos foi narrado pelo enfermeiro E8:

*Lembra-me duma enfermeira B, que pugnava pelas mais novas como se fossem filhas! Lembra-me que nós viemos... Eu vim trabalhar numa altura complicada! Em que... em que começaram a chegar as enfermeiras do curso geral e que não eram assim muito bem vistas pelas, supostamente, pelas mais antigas, mas houve sempre quem marcasse a diferença! A enfermeira B também era uma das enfermeiras da promoção, mas era carinhosa connosco, era capaz de pegar no horário e ir à chefe zangar-se com ela, porque nos tinha dado um horário muito pesado e nós, coitadinhas, não podíamos como éramos novinhas (Sorrisos) e: “Como é que é senhora enfermeira, elas trabalham tantas noites na semana e as noites de fim-de-semana, só as outras é que levam!? Elas ganham tudo e elas não ganham nada!?” Coisas que nós nem sequer estávamos despertas, porque de facto esse aspeto, pelo menos a mim, passava-me muito ao lado! Eu podia perfeitamente ser prejudicada que eu não dava conta de nada, sabes Ana?! Não dava! Mas ela, como era, tomava uma atitude de proteção em relação a nós. Ela protegia-nos como quase... éramos de alguma forma aquelas pessoas*

*que ela precisava no fundo de ensinar, de ensinar estas pequenas coisas da vida que também fazem parte da nossa vida e o cuidado dela de nos proteger. Eu sempre me lembro dela com carinho por isso, lembro-me perfeitamente, às vezes, dos achegas que ela tinha com a enfermeira-chefe por causa dos nossos horários. (Risos)... eu acho que isto é o exemplo de maior abnegação que se pode ter pelos colegas que invariavelmente, fazia as noites de Natal! Ela também dizia: “Eu não tenho ninguém!” Mas ela tinha família! A enfermeira B tinha irmãos com quem podia ir passar o Natal, como toda a gente. No entanto, fez anos, e anos, e anos seguidos a noite de Natal na pediatria, para que os outros pudessem estar com a família deles, quer dizer, isto era uma abnegação pelos outros, e era uma pessoa assim, não é?! (E8)*

Neste caso relacionado de compaixão entre pares estão descritos os cinco atributos, mas a sua análise permite-nos considerá-lo mais como uma história de altruísmo do que de compaixão, revelado no autossacrifício da enfermeira B em função do bem-estar dos colegas, ... *é o exemplo de maior abnegação que se pode ter pelos colegas... fez anos, e anos, e anos seguidos a noite de Natal na pediatria, para que os outros pudessem estar com a família deles, quer dizer, isto era uma abnegação pelos outros....*:

TER SENTIMENTOS – Revelados pelo afeto da enfermeira B, ... *era carinhosa connosco...;* pela gratidão do enfermeiro, ... *lembro dela com carinho....*

TER VALORES – Revelados pela equidade: na igualdade de direitos na equipa, ... *só as outras é que levam!? Elas ganham tudo e elas não ganham nada!?*.

COLOCAR-SE NO LUGAR DO OUTRO – Revelado pela própria empatia, ... *que pugnava pelas mais novas como se fossem filhas....*

TER BOAS RELAÇÕES HUMANAS – Reveladas pela comunicação empática, ... *tomava uma atitude de... ensinar, de ensinar estas pequenas coisas da vida.*

ALIVIAR O SOFRIMENTO DO OUTRO – revelado pela ação do enfermeiro em defender e proteger os colegas ... *pegar no horário e ir à chefe zangar-se com ela, porque nos tinha dado um horário muito pesado...; Ela protegia-nos... o cuidado dela de nos proteger....*

### 2.4.3 – Um Caso Contrário À Compaixão Entre Pares

O caso contrário é o exemplo cabal do que o conceito não é (Walker e Avant, 2005). Este pode ser uma situação, um grupo ou um incidente, nos quais não estão presentes aspetos do conceito ou, se existentes, estão em contextos diferentes. Um fenómeno não pode ser descrito completamente pela sua negação, mas é possível clarificá-lo de alguma forma dizendo o que ele não é (Paterson e Zderad, 1988; Cit. por Meleis, 2007).

Selecionamos, de entre as entrevistas realizadas, a narrativa do enfermeiro E11, que exemplifica um caso contrário à compaixão entre pares em SIP:

*Acho que realmente acaba por não haver muita compaixão no sentido em que, muitas das vezes, acontecem, temos episódios no serviço que nos deixam sempre mais tristes, se calhar, ou vulneráveis e, muitas das vezes, culpabilizamos os nossos colegas e muitas das vezes a culpa nem é deles, acaba por ser alastrada à nossa chefia e superiores... eu posso dizer que, muitas das vezes, temos formações em serviço e mesmo formações em Lisboa, formações no âmbito do hospital, formações externas, mesmo formações em que nós próprios poderíamos participar e essas formações, por exemplo, são sempre nomeadas pelos superiores, para escolher as pessoas, e são sempre enfermeiros mais velhos! Os enfermeiros mais novos acabam por nunca ter a oportunidade de aprender mais, de aplicar os seus conhecimentos, de participarem em formações, porque normalmente são sempre os enfermeiros mais velhos a participar nelas. Pronto! ... normalmente, sempre os mais velhos por causa da experiência, mas os mais novos também gostavam de ganhar essa experiência! Acho que é a partir daí! E muitas das vezes acontecem situações dessas, ou mesmo, não só falando em formações, em trocas de horários, em trocas de turnos de enfermagem que, muitas das vezes, são valorizadas umas pessoas e não outras... por causa de... São favorecidas!... E, muitas das vezes, isto não tem a ver com os colegas, porque quem escolhe esses colegas não são eles próprios que se voluntariam, porque senão nós próprios também nos voluntariávamos, mas são os superiores, são outras equipas para além de enfermagem, e muitas das vezes sentimo-nos inferiorizados e sentimos revolta para com esses enfermeiros, não no aspeto pessoal, mas no sentido em que, porque não eu? Porque é sempre aquela pessoa? E acabamos por muitas vezes reagir de forma um pouco mais “agressiva” para com esses colegas, sem ter nada a ver com eles. (...) ... todos os maus momentos acabam por ser ultrapassados! Nós somos uma equipa e temos consciência de que, se gostamos disto, e se é realmente a pediatria que queremos seguir, há muitos colegas que pensam o mesmo. Ou seja, nós vamos lidar connosco próprios uns com os outros durante muito tempo e não vale a pena criar inimizades, não vale a pena criar momentos de não compaixão entre nós, porque isso só vais criar mau ambiente, mal-estar no próprio serviço. E então, os maus momentos acabam por se esquecer mais rápido. Os bons momentos, realmente é que nós muitas vezes nos lembramos: aquela colega defendeu-nos naquele momento, eu vou defendê-la também! E não tanto os maus momentos! (E11)*

Neste caso contrário à compaixão entre pares em pediatria, os cinco atributos que os enfermeiros de SIP definiram são descritos através da sua negação:

**FALTA DE SENTIMENTOS** – Revelados pela falta de sensibilidade do enfermeiro chefe para com os enfermeiros mais novos, ... *são sempre nomeadas pelos superiores, para escolher as pessoas, e são sempre enfermeiros mais velhos...*; na criação de sentimentos de mal-estar, injustiça e revolta dos enfermeiros mais novos, ... *temos episódios no serviço que nos deixam sempre mais tristes, se calhar, ou vulneráveis...*; ... *muitas das vezes sentimo-nos inferiorizados e sentimos revolta para com esses enfermeiros....*

**FALTA DE VALORES** – Revelados pela falta de equidade com desigualdade de direitos e oportunidades, ... *porque não eu? Porque é sempre aquela pessoa? ... os mais novos também gostavam de ganhar essa experiência...*; ... *que, muitas das vezes, são valorizadas umas pessoas e não outras... por causa de... São favorecidas!*

**NÃO SE COLOCAR NO LUGAR DO OUTRO** – a história, na sua totalidade, revela a não atenção/preocupação do enfermeiro chefe para com os enfermeiros mais novos.

NÃO TER BOAS RELAÇÕES HUMANAS – Reveladas nas potenciais inimizades criadas na equipa, ... *não vale a pena criar inimizades...*; na comunicação violenta e nas más relações entre colegas, ... *muitas das vezes... reagir de forma um pouco mais “agressiva” para com esses colegas, sem ter nada a ver com eles...*; ... *vais criar mau ambiente, mal-estar no próprio serviço*; no fazer juízos de valor dos colegas ...*culpabilizamos os nossos colegas e muitas das vezes a culpa nem é dele, acaba por ser alastrada à nossa chefia e superiores....*

NÃO ALIVIAR O SOFRIMENTO DO OUTRO – revelado pelo facto de o enfermeiro chefe não apoiar/não ajudar os enfermeiros mais novos, *Os enfermeiros mais novos acabam por nunca ter a oportunidade de aprender mais, de aplicar os seus conhecimentos, de participarem em formações....*

É pertinente salientar que os enfermeiros entrevistados referiram, nas várias narrativas de não compaixão entre pares, muitas palavras reveladoras de violência na comunicação entre colegas. Expressões como *ser comida pela equipa; ignorou-me; vais ser engolida viva; agressividade; terrível; terrivelmente; guerra psicológica; perseguir; mata;* devem deixar-nos pensativos e preocupados pela forma como interagimos uns com os outros nas equipas de enfermagem, bem como nas consequências que estas atitudes e comportamentos podem ter na criança/família que cuidamos.

Almond (2002) definiu a equidade como a igualdade de oportunidades de acesso aos cuidados ou serviços, com prestação de excelência para todos, e à distribuição diferenciada de cuidados para necessidades distintas. Esta narrativa é um exemplo da não equidade nas equipas de enfermagem, que merece a atenção, a reflexão e a mudança por parte de todos os enfermeiros.

Os enfermeiros entrevistados contaram outros episódios que consideraram como muito marcantes, tanto positiva como negativamente, na relação com os seus enfermeiros chefes, com repercussões em toda a equipa. É interessante verificar que, quer o caso modelo quer o caso contrário de compaixão entre pares aqui relatados, são exemplos de episódios que ocorrem no contexto da relação enfermeiro/enfermeiro chefe. Goleman (2006), a propósito de inteligência social, refere que uma medicina compassiva precisa de líderes compassivos, que saibam oferecer uma base emocional sólida a partir da qual possam trabalhar. Num ambiente médico compassivo, os enfermeiros que funcionam na primeira linha da dor e do sofrimento precisam de ajuda para os “metabolizar”, tornando-se emocionalmente mais resilientes. Daí a importância da escolha dos líderes que, se realizada exclusivamente com base no nível de competência, ou seja, na sua excelência técnica como executante individual, com absoluta indiferença por competências essenciais como a empatia, resulta no agravamento do sofrimento dos seus enfermeiros.

Walker e Avant (2005) incluem no seu método a apresentação e análise de um caso ilegítimo (opcional), que exemplifique uma situação onde o termo é usado inapropriadamente ou fora de contexto. No entanto, nas histórias que recolhemos, não encontramos qualquer caso ilegítimo.

## **2.5 – Identificando Os Antecedentes E As Consequências Da Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria**

Walker e Avant (2005) consideram que os fatores, que antecedem o conceito, podem elucidar o contexto social no qual aquele é utilizado, úteis no refinamento dos atributos. Os antecedentes são os eventos ou incidentes que devem ocorrer para que se justifique a existência do conceito.

As consequências são os eventos ou incidentes que sucedem após a ocorrência do conceito ou, por outras palavras, os resultados finais do conceito. Estes fatores posteriores ao evento são úteis no determinar de ideias, variáveis ou relações, muitas vezes negligenciadas, podendo ser profícuas em futuras investigações.

### ***2.5.1 – Os Antecedentes Da Compaixão Entre Pares***

No nosso estudo, e tal como vimos, os enfermeiros entrevistados referiram-se ao sofrimento do enfermeiro, na categoria 'O Enfermeiro Sofre' e na categoria 'Estar Atento ao Sofrimento do Outro'. Na opinião destes enfermeiros, e para que a compaixão entre pares se manifeste, parece necessário que um enfermeiro, em contexto de trabalho, esteja atento ao sofrimento do outro colega.

Na verdade, vários autores como Schulz *et al.* (2007) referem que a experiência da compaixão ocorre sempre que:

- a) Há laços afetivos entre dois indivíduos;
- b) Há uma consciencialização do sofrimento;

- c) Esta consciência gera emoções negativas (angústia, tristeza ou ansiedade) ou positivas (amor ou ternura) no observador;
- d) O observador é motivado para o alívio ou a eliminação do sofrimento do observado.

Os enfermeiros foram capazes de identificar, à semelhança do que os autores salientaram, que o exercício da compaixão pressupõe, por um lado, a existência de um primeiro sujeito que sofre e, por outro, um segundo que está disponível para ajudar e resgatar do sofrimento o seu semelhante (Chambers e Ryder, 2009), por razões de natureza ética, moral, espiritual, filosófica, cultural, etc. O mesmo concluiu a enfermeira Marçal (1994), no seu estudo sobre a compaixão, ao referir que esta “relewa do amor entendido como movimento espontâneo para o valor do outro; [...] de uma vida ética; [...] da estima de si; [...] emerge do reconhecimento e da compreensão dos nossos próprios sentimentos relativamente ao sofrimento do outro; e [...] emerge como desejo espontâneo e sincero de aliviar o sofrimento do outro” (Marçal, 1994, p.108).

O sofrimento é um pressuposto ubíquo ao ser humano (Schulz *et al.*, 2007; Fontinha, 2009; Unamuno, 2007; Armstrong, 2010). Mesmo a autocompaixão subentende, em momentos diferentes, a experiência de sofrimento por parte de um Eu, e o restabelecer da saúde e do bem-estar, por si próprio, logo que este reconhece essa necessidade e está em condições de o fazer.

Assim sendo, para que haja compaixão é necessário um ser humano com disponibilidade e capacidade de se colocar no lugar de outro que sofre, reconhecendo e compreendendo este sofrimento. Tal como refere Schantz (2007, p. 52), “It is readily apparent that compassion is incited by the recognition of suffering. That is to say, for compassion to be realized, suffering must be identified and acknowledged.” Por sua vez, Armstrong (2011, p. 9) acrescenta ainda que a compaixão surge da componente afetiva da empatia, quando alguém vê o outro sofrer: “[...] to put ourselves in somebody else’s shoes, to feel her pain as though it were our own, and to enter generously into his point of view.”

### 2.5.2 – As Consequências Da Compaixão Entre Pares

O terceiro e último tema da nossa análise de conteúdo, *Descrevendo as vantagens da compaixão entre pares em ESIP*, evidencia três categorias que identificamos como

consequências da compaixão, na relação entre pares em ESIP, na opinião dos entrevistados (ver tabela 4):

TEMA III - Descrevendo as Vantagens da Compaixão entre Pares em ESIP	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
MELHOR QUALIDADE DOS CUIDADOS	-
MAIOR SATISFAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	-
MELHOR AMBIENTE DE TRABALHO	Humanização
	Resolução de Conflitos
	Melhores Inter-relações Pessoais

Tabela 4 – Categorias e Subcategorias do Tema “Descrevendo as Vantagens da Compaixão entre Pares em ESIP”.

A categoria ‘Melhor Qualidade dos Cuidados’ reuniu as seguintes unidades de registro:

*E se calhar as coisas correm melhor e elas também se sentem melhor e em termos dos cuidados que prestam, prestam-nos com melhor qualidade. (E3)*

*Da parte da compaixão acho que, entre nós, devemos é tentar ajudar-nos para conseguirmos fazer um serviço melhor e uns cuidados melhores! (E10)*

Na opinião dos enfermeiros, a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança/família é algo que advém de uma prática compassiva, o que está em total concordância com muitos dos autores que entendem que a compaixão potencia a qualidade dos cuidados prestados (Goleman, 2006; Youngson, 2008; Chambers e Ryder, 2009). Marçal (1994) referiu, como consequências da compaixão em enfermagem, “o alívio do sofrimento daquele que sofre (vivido como: conforto; segurança; tranquilização; paz [...]); uma maior abertura ao cuidado por parte daquele que sofre e daquele que sofre com ele; uma maior compreensão do valor da pessoa humana, naquele que sofre e naquele que sofre com ele; e o enriquecimento da vida ética daquele que sofre com o outro” (Marçal, 1994, p.111). Alguns destes aspetos fazem a ponte para a nossa categoria seguinte, ‘Maior Satisfação Pessoal e Profissional’, que diz respeito a uma outra consequência da compaixão entre pares referida pelos enfermeiros entrevistados:

*Se tiveres um contexto de trabalho muito exigente, que exige de ti, mentalmente, fisicamente, mas as pessoas entendem-se, por muito cansado que estejas saís dali muito mais satisfeita, e isso é extremamente importante, porque qualquer... coisa que saia fora da normalidade, qualquer intercorrência vai ser atenuada e não exacerbada. Isto é quase como nós complicarmos o que já é difícil e ainda temos tendência a complicar mais, em vez de facilitar e descomplicar. Eu acho que ter compaixão é isso. (E1)*

*Não só importante, mas muito! Num grupo de trabalho em que haja compaixão entre os colegas, o serviço que nós prestamos é muito melhor, é refletido depois nos cuidados que prestamos, e mesmo para nós é muito mais gratificante! (E10)*

Segundo estes enfermeiros, a compaixão entre pares pode proporcionar maior satisfação pessoal e profissional nos locais de trabalho. Os autores esclarecem que a compaixão tem a capacidade de promover a satisfação pessoal e profissional (Armstrong, 2011; Wilson, 2011; Damásio, 2010; Schulz *et al.*, 2007; Chambers e Ryder, 2009; Apker *et al.*, 2006); tal como a felicidade, o bem-estar e a saúde (Armstrong, 2011; Butler; Cit. por Garrett, 2012; Ordaz, 2011; Dunn, 2009; Apker *et al.*, 2006; Schulz, 2007; Fontinha, 2009; Damásio, 2010; Chambers e Ryder, 2009); de potenciar a humanidade partilhada (Armstrong, 2011; Neff, 2003, Cit. por Fontinha, 2009; Schulz *et al.*, 2007; Straughair, 2012; Chambers e Ryder, 2009); de promover a paz (Armstrong, 2011; Lencastre, 2010) e o amor a si próprio, aos amigos e até aos inimigos (Armstrong, 2011; Castilho e Gouveia, 2011).

A última categoria da nossa análise de conteúdo, ‘Melhor Ambiente de Trabalho’, apresenta as unidades de registo reagrupadas nas respetivas subcategorias, ‘Humanização’, ‘Resolução de Conflitos’ e ‘Melhores Inter-relações Pessoais’:

*... é fundamental... para que haja humanização, para que as pessoas... para que haja ... um relacionamento com alguma afetividade.... (E2)*

*... eu acho que pode... se ela for verdadeira, eu acho que pode ajudar imenso, principalmente na resolução de conflitos. (E4)*

*... Até porque na pediatria nós não temos só a criança, temos as famílias. Se nós não conseguirmos relacionarmo-nos uns com os outros, vai ser muito difícil trabalhar com essas famílias. É importante as famílias sentirem que estamos todos na mesma onda, que nos entendemos, para se sentirem confortáveis e, se tu consegues ser uma boa relação interpessoal, é sinal que também vais ter facilidade em criar relações interpessoais saudáveis com essa família e com essa criança. (E1)*

*... a compaixão é importante... E acho que também nos vai criar melhor ambiente de trabalho, melhor ambiente para as pessoas se poderem desenvolver mesmo no ponto de vista profissional porque, sentindo-se bem, sentindo que elas fazem parte de um grupo, elas podem pôr as dificuldades.... (E3)*

Os enfermeiros foram unânimes ao considerarem que a compaixão entre pares em SIP potencia a humanização, a resolução de conflitos e a melhoria das inter-relações pessoais. Damásio (2010), corroborado por vários autores, afirma que a compaixão promove a homeostase sociocultural (Armstrong, 2011; Chambers e Ryder, 2009; Apker *et al.*, 2006; Fontinha, 2009; Schulz *et al.*, 2007; Lencastre, 2010; Unamuno, 2007). Armstrong (2011), Wilson (2011), Castilho e Gouveia (2011) e Schulz *et al.* (2007) referem que a compaixão favorece um ambiente seguro e estável, e potencia a cultura de cooperação e a vinculação social (Goleman, 2006). Como vimos, os conflitos são inevitáveis nos locais de trabalho, podendo, todavia, constituir excelentes oportunidades de aprendizagem se utilizados de forma construtiva no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.



Ao que foi referido pelos enfermeiros de SIP, a literatura acrescenta que a compaixão pode ser imitada se recompensada (Damásio, 2010; Armstrong, 2011), além do facto de que, sendo necessária, não é suficiente à sobrevivência dos grupos (Wilson, 2011; Lencastre, 2010; Schulz *et al.*, 2007; Apker *et al.*, 2006).

## **2.6 – Estabelecendo Indicadores Empíricos Da Compaixão Entre Pares Na Perspetiva Dos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria**

A etapa final da análise conceptual, segundo Walker e Avant (2005), é a identificação de indicadores a partir dos atributos do conceito. Estes são classes ou categorias do fenómeno em estudo que, pela sua existência ou presença, demonstram por si só o conceito. Em muitos casos, os atributos identificados e os indicadores empíricos podem ser idênticos.

A compaixão abrange, como vimos, todas as parcelas da sociedade. Quando falamos de compaixão em enfermagem o nosso pensamento é direccionado, na maior parte das vezes, para a relação enfermeiro/criança-família. De facto, a compaixão está em todas as relações humanas, o que implica que a sua avaliação considere todas as relações que o enfermeiro estabelece no seu âmbito profissional e especificamente em ESIP, com a criança/família, com os colegas (e entre si com as hierarquias), com outros grupos profissionais e com outros membros alargados da sociedade. Assim, desde logo temos dois níveis possíveis para avaliar a capacidade compassiva do enfermeiro: primeiro, se este é compassivo para consigo próprio (autocompaixão); segundo, se este é compassivo para os outros (heterocompaixão) que com ele se relacionam [incluindo ‘amigos’ e ‘inimigos’ como vimos em Armstrong (2011)].

Na opinião dos enfermeiros de SIP e dos autores estudados, os indicadores de avaliação da compaixão entre pares devem refletir várias aptidões e competências do enfermeiro: emocionais, éticas, cognitivas, relacionais e de ação. A partir dos cinco atributos, que estes enfermeiros referiram ser ter sentimentos, ter valores, colocar-se no lugar do outro, ter boas relações humanas e aliviar o sofrimento do outro, podemos sugerir alguns indicadores que descrevemos na tabela 5, em paralelo com algumas escalas de avaliação que já existem em algumas disciplinas das ciências sociais e humanas, e que

podem contribuir para a construção de uma escala de avaliação do nível compassivo do enfermeiro ou do estudante de enfermagem:

A Compaixão Entre Pares em ESIP		
ATRIBUTOS	INDICADORES EMPÍRICOS	EXEMPLOS DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter Sentimentos.</li> <li>- Ter Valores.</li> <li>- Colocar-se no Lugar do Outro.</li> <li>- Ter Boas Relações Humanas.</li> <li>- Aliviar o Sofrimento do Outro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A satisfação pessoal do enfermeiro (nos níveis físico, emocional e espiritual).</li> <li>- A inteligência emocional do enfermeiro.</li> <li>- O nível de empatia do enfermeiro.</li> <li>- A satisfação profissional do enfermeiro.</li> <li>- A eficácia da comunicação na equipa de enfermagem.</li> <li>- A inteligência social do enfermeiro.</li> <li>- A satisfação da criança/família nos cuidados de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>The Self-Compassion Scale</i> (Neff, 2003).</li> <li>- <i>The Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form (TEIQue-SF)</i> [Petrides &amp; Furnham, 2006; Cit. por Heffernan <i>et al.</i>, 2010]</li> <li>- <i>The Brief Serenity Scale</i> (Kreitzer <i>et al.</i>, 2009)</li> <li>- <i>The Compassion Scale</i> (Pommier, 2011).</li> <li>- <i>Ivey Empathy Rating Scale</i> (Cit. por Brunero <i>et al.</i>, 2010)</li> <li>- <i>Empathic Skill Scale</i> (Cit. por Brunero <i>et al.</i>, 2010)</li> <li>- <i>Response Empathy Scale</i> (Cit. por Brunero <i>et al.</i>, 2010)</li> <li>- <i>The Tromso Social Intelligence Scale</i> (Cit. por Goleman, 2006)</li> <li>- <i>Nyberg's Caring Assessment</i> (Nyberg, 1990; Cit por Troncoso-Poblete <i>et al.</i>, 2012)</li> <li>- <i>Caring Efficacy Scale</i> (Coates, 1992; Cit. por Troncoso-Poblete <i>et al.</i>, 2012)</li> </ul>

Tabela 5 – Atributos e Indicadores Empíricos da Compaixão Entre Pares em ESIP/Exemplos de Escalas de Avaliação.

Estes indicadores empíricos, contextualizados na nossa pesquisa bibliográfica e nos depoimentos dos enfermeiros de SIP, podem contribuir para a possível monitorização do nível compassivo dos enfermeiros, ao serem analisados, discutidos e operacionalizados numa escala da compaixão própria para a enfermagem (Escala da Compaixão em Enfermagem), porque estão claramente ligados às bases teóricas do conceito, contribuindo simultaneamente para o seu constructo válido e para o conteúdo deste novo instrumento de investigação (Walker e Avant, 2005).

Há várias escalas e medições que avaliam alguns aspetos da compaixão, mas nenhuma até ao momento as engloba e é específica para a enfermagem. A melhor medição deveria abranger todo o espectro emocional, relacional, ético, cognitivo e prático da compaixão, no exercício profissional do enfermeiro, qualquer que seja a sua área de especialidade. Tomando como exemplo a disciplina da psicologia, no âmbito da qual Kristin Neff elaborou a escala da autocompaixão, *The Self-Compassion Scale* (2003), e Elizabeth Pommier concretizou a escala da compaixão, *The Compassion Scale* (Pommier, 2011), sugerimos mais estudos a este nível para a enfermagem. Uma vez que a compaixão tem impactos positivos nos seus profissionais, nas instituições e nos utentes dos serviços de

saúde, consideramos que esta escala de compaixão para a enfermagem seria uma mais-valia para os seus estudantes e profissionais, bem como para a sociedade.

Sobre esta questão dos indicadores empíricos da compaixão, Marçal (1994) estudou, na relação específica entre enfermeiro/utente, os seguintes indicadores:

“ [...] comportamentos reveladores de uma qualidade de presença (passar tempo com aquele que sofre); presença autêntica do enfermeiro junto daquele que sofre; confortar o outro, física e emocionalmente; tocar o outro de forma individualizada e carinhosa; demonstrar, verbal e não verbalmente, interesse, preocupação e compreensão daquele que sofre; escutar o outro e deixá-lo expressar os seus sentimentos.” (Marçal, 1994, p.113),

Estes indicadores são justificados pelo que a autora refere ser o “carácter eminentemente qualitativo fortemente ligado à forma como os sujeitos de uma inter-relação [...] vivem e sentem” (Marçal, 1994, p. 112) a compaixão, e que consideramos estarem integrados nos que foram evidenciados pelos enfermeiros entrevistados sobre a compaixão na relação enfermeiro/enfermeiro em SIP: a satisfação pessoal do enfermeiro (nos níveis físico, emocional e espiritual); a inteligência emocional do enfermeiro; o nível de empatia do enfermeiro; a satisfação profissional do enfermeiro; a eficácia da comunicação na equipa de enfermagem; a inteligência social do enfermeiro; e a satisfação da criança/família nos cuidados de enfermagem.

No contexto português faltam estudos sobre o significado e a importância da compaixão em enfermagem, alargados a outras áreas e especialidades, que possam contribuir não só para a sua definição, como também para a sua avaliação e replicação na prática clínica.

## **2.7 – Definindo Um Conceito De Compaixão Entre Pares Em Enfermagem De Saúde Infantil E Pediatria**

Afinal, o que é a compaixão entre os enfermeiros de saúde infantil e pediatria? Como já pudemos constatar ao longo desta pesquisa conceptual, utilizar aleatoriamente os termos simpatia, empatia, cuidar e compaixão, considerando serem todos sinónimos, não só promove concepções erróneas como pode comprometer a validade de toda a

investigação e consequentemente a sua prática. Para que a compaixão seja uma realidade, são necessários a identificação e o reconhecimento do sofrimento no outro e, sobretudo, o fazer algo no sentido de o aliviar ou eliminar (Schantz, 2007).

A figura 4 resume os resultados desta investigação, acerca da análise do conceito de compaixão entre pares em ESIP, no que se revelaram ser, na opinião dos enfermeiros entrevistados, os seus antecedentes, consequências e atributos, bem como os indicadores empíricos subjacentes:

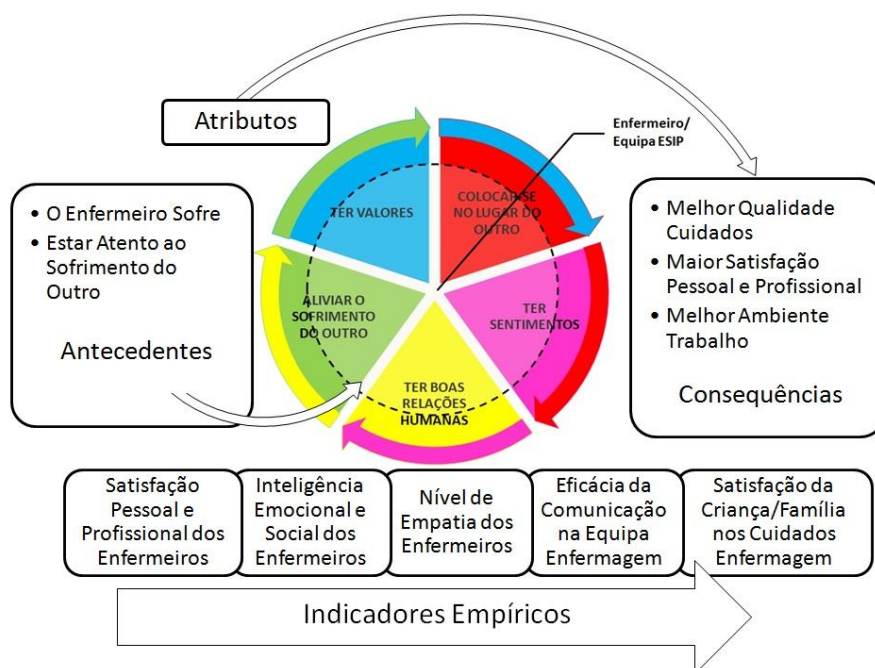


Figura 4 – Atributos, Antecedentes, Consequências e Indicadores Empíricos da Compaixão entre Pares em ESIP.

Neste momento, partindo da definição generalizada de compaixão, tal como Youngson (2011, p.7) descreve, “I define compassion as the humane quality of understanding suffering in others and wanting to do something about it.”; e face à síntese dos dados deste trabalho, propomos a seguinte definição para o conceito de compaixão entre pares em ESIP:

Conceito humanista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, definido pela resposta emocional, cognitiva, relacional, ética e prática do enfermeiro ao apelo do seu próprio sofrimento, bem como à de todos os elementos da equipa de enfermagem. Esta resposta é manifestada pela intenção e ação de restaurar a saúde, o bem-estar e a felicidade, potenciando o desenvolvimento pessoal e profissional de todos e a qualidade dos cuidados, utilizando, para tal, os recursos intrínsecos e extrínsecos disponíveis que promovam e fortaleçam toda a condição e relações humanas com sentimentos, ética, empatia, comunicação não violenta e alívio do sofrimento dos colegas, num espírito de cooperação, em todos os serviços de saúde infantil e pediatria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Compassion in healthcare has the power to restore balance between efficiency and humanity, between control and trust. Being compassionate towards co-workers enhances teamwork and stimulates the passion to help and cure.”(Armstrong, [s.d.]

Molinier (2008) refere que a compaixão não tem nada de *natural*, no sentido essencial do termo, porque se trata de um desenvolvimento secundário, de uma modificação da subjetividade do trabalho. Estabilizada pela experiência, a compaixão torna-se autêntica, passa-se sem distância, como uma paixão precisamente. O trabalho do enfermeiro é, na sua maior parte, invisível. As esperanças e as expectativas que o trabalho suscita, os esforços individuais e coletivos, as formas de inteligência que ele mobiliza, os sofrimentos e os prazeres, as remodelagens psíquicas onde ele é o palco, não se veem. Certas atividades são ainda mais invisíveis como aquelas que não se concretizam num objeto ou numa realização técnica, ou simplesmente não se objetivam diretamente. Por outro lado, Apker *et al.* (2006, p. 188) salientam que “ [...] nurses show professionalism when they show compassion not only for patients but also for their colleagues.”

Neste sentido, pesquisar o significado de compaixão, no âmbito da enfermagem em saúde infantil e pediatria, e mais especificamente no âmbito da relação entre pares, tem profundas motivações pessoais e profissionais que se relacionam com a diversidade de experiências já vividas em serviços de pediatria médica, urgência e cuidados intensivos pediátricos, oncologia pediátrica e missões de voluntariado humanitário. O crescente desenvolvimento técnico e científico da profissão comporta ciclos de avanços e recuos, aos níveis relacional e humano, uma vez que esta se insere num tecido social em mudança.

Entretanto, estamos todos nós, enfermeiros de pediatria, no aqui e no agora, a marcar a nossa presença e a fazer a nossa diferença. No momento de integração à vida profissional, provavelmente encontramos enfermeiros mais e menos compassivos nos serviços, mas todos são relevantes no processo de integração e desenvolvimento pessoal e profissional. Importa, todavia, que se reconheça, sobretudo nos enfermeiros menos compassivos, um contexto propício ao desenvolvimento e crescimento do próprio processo compassivo. Neste âmbito, projetamos e realizamos este estudo de investigação com o propósito de contribuir para uma cultura de compaixão no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família, para a humanização destes cuidados; para uma definição do conceito de compaixão no exercício profissional dos enfermeiros de SIP; para o seu desenvolvimento profissional.

Analisar o conceito de compaixão no contexto da relação entre pares em ESIP foi o nosso principal objetivo. Escolhemos a metodologia qualitativa para a construção deste conceito, utilizando o método de Walker e Avant (2005) para a respetiva análise conceptual, e o modelo de análise de conteúdo de Bardin (2002) para a análise das entrevistas dos onze enfermeiros que exercem funções em diversas valências da saúde infantil e pediatria. Em consciência, sabemos que esta é uma experiência académica com limitações temporais muito exigentes e, como tal, constitui uma primeira incursão no vasto mundo da investigação em enfermagem, não deixando, no entanto, de contribuir para a reflexão no âmbito da ética e da humanização dos cuidados de enfermagem, em saúde infantil e pediatria. A pesquisa bibliográfica realizada abrangeu um vasto conjunto de autores, de perspetivas e de disciplinas que vão da medicina à psicologia, da filosofia à epistemologia de enfermagem, passando pelo modelo de Karen Armstrong que, por si só, nos lança em novos desafios éticos e profissionais, como sejam:

- O capacitar-nos para sentir com o outro.
- O destronar do nosso ego do centro do mundo e colocar o outro em seu lugar.
- O preocuparmo-nos com todos (amigos e inimigos).

“If your profession made a serious attempt to become more compassionate, what impact would this have on your immediate environment and the global community?” (Armstrong, 2011, p. 71). No âmbito dos contextos de enfermagem de saúde infantil e pediatria, em que consiste a compaixão entre pares? Tivemos oportunidade de esclarecer diferenças entre os temas mais associados ao conceito de compaixão, tal como a empatia, o altruísmo e até a fadiga da compaixão. Do cruzamento conceptual da literatura com a opinião dos

enfermeiros de pediatria, sobre a compaixão entre pares, chegamos à fórmula compassiva de cinco atributos:

$$\begin{aligned} & \textit{Compaixão Entre Pares em ESIP} = \\ & \textit{Ter Sentimentos} + \textit{Ter Valores} + \textit{Colocar-se no Lugar do Outro} + \\ & \textit{Ter Boas Relações Humanas} + \textit{Aliviar o Sofrimento do Outro}. \end{aligned}$$

Como significados maiores desta fórmula referimos, em relação ao *Ter Sentimentos*, a intenção e a motivação para o bem comum, a bondade, a benevolência, o sermos realmente humanos na profissão; no que respeita ao *Ter Valores*, o respeito e a dignidade pela condição humana do enfermeiro que sofre, com grande destaque para a equidade na equipa; relativamente ao *Colocar-se no Lugar do Outro*, e ao *Ter Boas Relações Humanas*, salientamos a importância da empatia e da comunicação não violenta; no que concerne ao *Aliviar do Sofrimento do Outro*, relevamos a ação e a cooperação na equipa numa visão humanista, solidária e centrada na satisfação das necessidades do enfermeiro que sofre.

Esta fórmula é o que pode constituir a espiral compassiva de círculos concêntricos de Confúcio - que parte da família para os amigos, seguindo-se o local de trabalho, a comunidade e, finalmente, o país -, num processo dinâmico de avanços e recuos, com um método próprio para a enfermagem, semelhante ao que Armstrong defende para a Humanidade.

Apresentamos um caso modelo e os casos adicionais de compaixão entre pares a partir das histórias dos enfermeiros entrevistados, e estudamos o conceito nos seus antecedentes - o sofrimento do enfermeiro e a atenção de outro colega ao seu sofrimento - e nas suas consequências - o impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados à criança/família, a maior satisfação pessoal e profissional do enfermeiro e o melhor ambiente de trabalho - facto que, somado à especificação dos atributos já ilustrada, nos permitiu, simultaneamente, propor alguns indicadores empíricos (satisfação pessoal e profissional do enfermeiro, inteligência emocional e social do enfermeiro, eficácia da comunicação na equipa de enfermagem, nível de empatia do enfermeiro e satisfação da criança/família nos cuidados de enfermagem) e propor uma definição para a compaixão entre pares em ESIP:

Conceito humanista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, definido pela resposta emocional, cognitiva, relacional, ética e prática do enfermeiro ao apelo do seu próprio sofrimento, bem como à de todos os elementos da equipa de enfermagem. Esta resposta é manifestada pela intenção e ação de restaurar a saúde, o bem-estar e a felicidade, potenciando o desenvolvimento pessoal e profissional de todos e a qualidade dos cuidados, utilizando, para tal, os recursos intrínsecos e extrínsecos disponíveis que promovam e fortaleçam toda a condição e relações humanas com sentimentos, ética, empatia, comunicação não violenta e alívio do sofrimento dos colegas, num espírito de cooperação, em todos os serviços de saúde infantil e pediatria.

Entendemos, tal como Schulz *et al.* (2007), que a compaixão justifica o estudo para a mudança de paradigma, em enfermagem, de um modelo de cuidados centrado nos conceitos *Stress-Coping* para um modelo de *Sofrimento-Compaixão*, por este último ser mais abrangente, esclarecedor e passível de ser melhor avaliado. Com este trabalho pudemos constatar que as vantagens da compaixão entre pares nas equipas de enfermagem justificam maior dedicação e preocupação dos enfermeiros por este tema, uma vez que este comporta implicações para a qualidade dos cuidados e para o melhor ambiente relacional, não só entre colegas, como também com a criança/família e outros elementos da equipa multidisciplinar, já para não referir a maior satisfação pessoal e profissional do próprio enfermeiro.

As instituições de saúde têm consequências profundas na experiência pessoal e profissional de todos, pacientes e enfermeiros. No decorrer deste estudo percebemos que líderes compassivos significam serviços mais compassivos, e que a própria compaixão pode inclusivamente ser a terapia para a fadiga compassiva, assunto que consideramos desde já muito pertinente para futuros trabalhos de investigação.

Na busca da compreensão do fenómeno, *a compaixão entre pares em enfermagem de saúde infantil e pediatria*, e pelos temas referidos pelos enfermeiros em estudo nos seus atributos, antecedentes, consequências e indicadores empíricos, sugerimos como necessários:

- 1 - Mais estudos de investigação alargados a outros profissionais de outras especialidades em enfermagem, com amostras e metodologias variadas.
- 2 - A elaboração de uma escala de compaixão em enfermagem, para que a profissão seja detentora de um instrumento de avaliação próprio, que possibilite a aferição de níveis de compaixão dos seus alunos e profissionais.
- 3 - A criação de espaços de partilha entre enfermeiros, alargados a outros profissionais da equipa multidisciplinar, para o equilíbrio das forças emocionais, relacionais,



organizacionais, técnicas e outras, que restaurem a cultura compassiva dos cuidados de enfermagem e das relações humanas nos locais de trabalho.

Talvez a replicação de projetos na prática clínica, como o que tem vindo a ser desenvolvido pelo *Schwartz Center Rounds* (desde 1997), nos Estados Unidos da América, em 139 hospitais (Youngson, 2011), com o objetivo de *apoiar e promover os cuidados médicos compassivos*, seja a inspiração para a promoção da compaixão nas equipas dos centros hospitalares e de saúde. Trata-se de um fórum multidisciplinar que tem como objetivo principal melhorar as inter-relações na equipa, providenciando um espaço de diálogo sobre temáticas emocionais e sociais com origem no ato de cuidar em saúde. O programa deste centro tem como principais interesses desenvolver a sensibilidade dos cuidadores para os aspetos não técnicos do cuidar, melhorar o trabalho de equipa e fornecer o apoio e a ajuda necessários aos cuidadores, nesta área do cuidar com humanidade (Manning *et al.*, 2008). A premissa é a de que, conhecendo melhor as suas próprias respostas e sentimentos, os prestadores de cuidados médicos estarão mais habilitados a estabelecer uma conexão pessoal com os pacientes (Goleman, 2006). No futuro, seria desejável, em cada instituição de saúde, a existência de um prémio que galardoasse a equipa que tivesse dado provas de compaixão entre si e nos cuidados prestados a pacientes, e que constituísse um modelo de inspiração para outras equipas profissionais. O psicólogo norte-americano Daniel Goleman (2006, pp. 403-404) escreve:

“Nenhuma criança consegue evitar toda a dor emocional enquanto cresce, tal como a toxicidade emocional parece ser um subproduto da vida das organizações (...) As causas são inúmeras: chefes abusivos ou colegas de trabalho desagradáveis, frustração, mudanças caóticas. (...) Os colegas, uma equipa de trabalho, amigos no emprego e até a própria organização podem criar o sentimento de dispor de uma base estável. Em qualquer local de trabalho, toda a gente entra com a sua parte para a panela emocional, a soma dos estados de espírito que emerge à medida que as interações ocorrem ao longo do dia. Seja qual for o papel que desempenhamos, o modo como fazemos o nosso trabalho, interagimos e nos fazemos sentir uns aos outros contribui para o tom emocional geral.”

Esperamos que este trabalho, sobre o que pode ser a compaixão entre pares em enfermagem, nos serviços de saúde infantil e pediatria, recupere um conceito ancestral e primordial em enfermagem - a compaixão clínica - e que, da sua reflexão e prática diária, todos os enfermeiros e a população, alvo dos seus cuidados, saiam humanamente mais beneficiados e enriquecidos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABSOLON, P.; KRUEGER, C. - Compassion Fatigue Nursing Support Group in Ambulatory Care Gynecology/Oncology Nursing. *Society of Gynecologic Nurse Oncologists*. Vol. 19, Nº 1 (2009), p. 16-19.

ALMOND, Palo - Nursing Theory and Concept Development or Analysis: An Analysis of the Concept of Equity and its Application to Health Visiting. *Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing*. Vol.37, Nº 6 (2002), p. 598–606.

APKER, Julie [et al.] - Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordination: Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care team Interactions. *Journal of Professional Nursing*. Vol. 22, Nº 3 (May-Jun. 2006), p. 180-189.

ARMSTRONG, Karen - *The great transformation: the beginning of our religious traditions*. New York: Anchor Books, 2006. ISBN: 978-0-385-72124-0.

*Twelve steps to a compassionate life*. New York: First Edition Alfred A. Knopf, 2011. ISBN: 978-0-307-59559-1.

*Charter for Compassion* [Em linha]. (s.d.). [Consult. 18 Jul. 2013]. Disponível na Internet: <<http://charterforcompassion.org/node/5718>>.

AYCOCK, Nancy; BOYLE, Deborah - Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal on Oncology Nursing*. Vol. 13, Nº 2 (2009), p. 183-190.

BALDWIN, Pat Rose M.A. - Concept Analysis as a Dissertation Methodology. *Nurse Education Today*. 29 (2009), p. 780-783.

BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002. ISBN: 972-44-0898-1.

BEEBE, Lora Humphrey - Book Review. *Issues in Mental Health Nursing*. 33: 269 (2012).

BIRNIE, Kathryn [et al.] - Exploring Self-Compassion and Empathy in the Context of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR). *Stress and Health*. John Wiley & Sons, Ltd. (2010).

BROWN, Saffron - Degree of Balance Between Qualification and Caring. *Paediatric Nursing*. Vol. 22, Nº 7 (Sept. 2010), p. 14.

BRUNERO, Scott [et al.]. - A Review of Empathy in Nursing. *Nursing Inquiry*. 17 (1) [2010], p. 64-73.

CAMPBELL; Robert J. - *Dicionário de psiquiatria*. 8ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-363-1364-1.

CASTILHO, Paula; GOUVEIA, José Pinto - Auto-compaixão: Estudo da Validação da Versão Portuguesa da Escala da Auto-compaixão e da sua Relação com as Experiências Adversas na Infância, a Comparação Social e a Psicopatologia. *Psychologica Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*. Imprensa da Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Nº54 (2011), p. 203-230.

CHAMBERS, Claire; RYDER, Elaine - *Compassion and caring in nursing*. New York: Radcliffe Publishing Ltd, Oxford, 2009. ISBN: 13: 978 184619 287 6.

CHOPRA, Deepak; MLODINOW, Leonard - *War of the worldviews: science vs. spirituality*. New York: Harmony Books, 2011. ISBN: 978-0-307-88688-0.

CRUZ, Zairene Joy B. - *The 7 C's of Human Caring* [Em linha]. (s.d.). [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://www.ctrtraining.co.uk/documents/The7CsofHumanCaring.pdf>>.

DAMÁSIO, António - *O livro da consciência: a construção do cérebro consciente*. Círculo de Leitores: Temas e Debates, 2010. ISBN: 978-989-644-120-3.

DESLANDES, Suely Ferreira; IRIART, Jorge Alberto Bernstein – Usos Teórico-Metodológicos das Pesquisas na Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. *Caderno Saúde Pública*. Vol. 28, Nº 12 (2012), p. 2380-2386.

*Dicionário Básico de Filosofia*. Hilton Japiassú e Danilo Marcondes. [Em linha]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 3ª Edição, 2001. Digitalizado por TupyKurumin. [Consult. 17 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <[http://dutracarlito.com/dicionario\\_de\\_filosofia\\_japiassu.pdf](http://dutracarlito.com/dicionario_de_filosofia_japiassu.pdf)>.

*Dicionário de bioética*. Salvino Leone [et al.] Maia: Editora Santuário, 2001. ISBN: 972-563-266-4.

*Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. INSTITUTO ANTÓNIO HOUAISS DE LEXICOGRAFIA - PORTUGAL. Tomo II. Lisboa: Círculo de Leitores, 2002. ISBN: 972-42-2809-6.

*Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa*. I Volume. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa, Editorial Verbo, 2001.

*Dicionário de Psicologia*. Raúl Mesquita e Fernanda Duarte. [Em linha]. 1ª Ed. Plátano Editora, S.A, 1996, E-2379-96. [Consult. 17 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/24695084/646305773/name/Dicion%C3%A1rio+de+Psicologia+-+Raul+Mesquita+e+Fernanda+Duarte.pdf>>.

DUARTE, M. Â. G. P. Lemos - *A empatia e a compaixão como objetos de estudo na formação médica: um paradigma de pensamento integrativo*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina. Dissertação de Mestrado.

DUNN, Dorothy J. - A Way of Knowing, Being, Valuing and Living With Compassion Energy: A Unitary Science and Nursing as Caring Perspective. *Visions*. Vol. 16, Nº 1 (2009), p. 41-47.

ENDERS, Bertha Cruz; BRITO, Rosineide S.; MONTEIRO, Akemi I. - Análise Conceitual e Pensamento Crítico: Uma Relação Complementar na Enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre, 25 (3) (Dez. 2004), p. 295-305.

FERREIRA, Maria José da Cunha - *Supervisão e desenvolvimento de competências na relação de ajuda em enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, 2006. Dissertação de Mestrado.

FONTINHA, Jorge Manuel Gaspar Matos - "*Faz a ti mesmo aquilo que farias aos outros*": *Estilo de vinculação como determinante de compaixão e auto-compaixão*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Mestrado Integrado em Psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa), 2009. Dissertação de Mestrado.

FRANÇA, Ana Paula - *A consciência bioética e o cuidar*. Coimbra: Editora Formasau, 2012. ISBN: 978-989-8269-18-8.

GARRETT, Aaron - Joseph Butler's Moral Philosophy. *Stanford Encyclopedia of Philosophy* [Em linha]. (Stanford, 2012). [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <<http://plato.stanford.edu/entries/butler-moral/#ComResFor>>.

GOLBERG, Bernice - Connection: An Exploration of Spirituality in Nursing Care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 27 (1998), p. 836-842.

GOLEMAN, Daniel - *Inteligência social: a nova ciência do relacionamento humano*. Lisboa: Temas e Debates, 2006. ISBN: 972-759-590-1.

GUERRA, Maria Luísa - Unamuno: Filósofo da Compaixão. *Revista de Pedagogia e Cultura*. Nº22, Liceu Normal de Pedro Nunes, Lisboa (Jan. 1965).

HANH, Thich Nhat - *Lições sobre o amor*. 1ª Ed. Lisboa: Sextante Editora, Lda., 2008. ISBN: 978 989 8093 48 6.

HEFFERNAN, Mary [et al.] - Self-compassion and Emotional Intelligence in Nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 16 (2010), p. 366–373.

HESBEEN, Walter - *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8.

\_ *Dizer e escrever a prática do cuidar do quotidiano: à descoberta do sentido do cuidado*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2013. ISBN: 978-972-8930-92-9.

HURSTHOUSE, Rosalind - Virtue Ethics. *Stanford Encyclopedia of Philosophy* [Em linha]. (Stanford, 2012). [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <<http://plato.stanford.edu/entries/ethics-virtue/>>.

KANOV, J. M. [et al.] - Compassion in Organizational Life. *American Behavior Scientist*. 47 (6) (2004), p. 808-827; Cit. in The Center of Compassion and Altruism Research and Education, U.S. A., Stanford School of Medicine [Em linha]. (2013). [Consult. 23 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://ccare.stanford.edu/research/wiki/compassion-definitions/compassion/>>.

KENDRICK, Gregg - *An Introduction to Non violent Communication (NVC): A Language of Compassion Rather Than Domination* [Em linha] The Center for Non Violent Communication. (2007). [Consult. 8 Out. 2013]. Disponível na Internet: <<http://www.basileia.org>>

KISHIKAWA, Sensei Jorge - *Bushido On Line: Código de Honra* [Em linha]. Instituto Niten. (s.d.). [Consult. 12 de Set. 2013]. Disponível na Internet: <<http://www.bushido-online.com.br/samurai/codigo>>.

KRAUT, Richard - Aristotle's Ethics. *Stanford Encyclopedia of Philosophy* [Em linha]. (Stanford, 2010). [Consult. 4 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <<http://plato.stanford.edu/entries/aristotle-ethics/>>.

KREITZER, Mary Jo [et al.]. - The Brief Serenity Scale: A Psychometric Analysis of a Measure of Spirituality and Well-Being. *J Holist Nurs.* 27(1) [2009], p. 7–16.

LAZURE, Hélène - *Viver a relação de ajuda*. Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-95399-5-2.

LENCASTRE, Marina Prieto Afonso - Bondade, Altruísmo e Cooperação: Considerações Evolutivas Para a Educação e a Ética Ambiental. *Revista Lusófona de Educação*. Nº 15 (2010), p. 113-124.

LILIUS, J. [et al.] - The Contours and Consequences of Compassion at Work. *Journal of Organizational Behavior*, 29 (2008), p. 193-218; Cit. in The Center of Compassion and Altruism Research and Education, U.S. A., Stanford School of Medicine [Em linha]. (2013). [Consult. 23 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://ccare.stanford.edu/research/wiki/compassion-definitions/compassion/>>.

MANNING, Colleen F. [et al.] - *Evaluation Report: Executive Summary Schwartz Center Rounds* [Em linha]. Massachusetts: The Kenneth B. Schwartz Center, 2008. [Consult. 1 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://www.theschwartzcenter.org/pageFiles/VJ6HP5YKD2QX6WE.pdf>>.

MARÇAL, Maria Teresa de Oliveira - *A compaixão: uma dimensão ética do cuidar em enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Ciências de Enfermagem, 1994. Dissertação de Mestrado.

MARQUES, Paulo [et al.] - *Rumo ao conhecimento em enfermagem: princípios éticos gerais no agir em enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem São João, 2006.

MARTINS, José Carlos Amado - Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos Sobre a Dimensão Ética. *Pensar Enfermagem*. Vol. 12, N.º 2, (2008), p. 62-66.

McEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. - *Bases teóricas para enfermagem*. 2ª Edição. Artmed, 2009. ISBN: 978-85-363-1788-5.

MELEIS, Afaf Ibrahim - *Theoretical nursing: development & progress*. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007. ISBN: 13: 978-0-7817-3673-2.

\_Theoretical nursing: development & progress. Fifth Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health - Lippincott William & Wilkins, 2012. ISBN: 978-1-60547-211-9.

MERLEAU-PONTY, Maurice - *Fenomenologia da percepção*. 2ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1999. ISBN: 85-336-1033-5.

MOLINIER, Pascale - A Dimensão do Cuidar no Trabalho Hospitalar: Abordagem Psicodinâmica do Trabalho de Enfermagem e dos Serviços de Manutenção. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*. São Paulo. Vol. 33, Nº 118 (2008), p. 6-16.

NEFF, Kristin D. - The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity (Psychology Press, Taylor & Francis Group)*, 2 (2003), p. 223–250.

NIGHTINGALE, Florence - *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. New York: Dover Publications, Inc., 1969. ISBN: 486-22340-X.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria - Considerações Sobre a Metodologia Qualitativa como Recurso para o Estudo das Ações de Humanização em Saúde. *Saúde e Sociedade*. Vol. 13, Nº 3 (2004), p. 44-57.

OAKLEY, Barbara; MADHAVAN, Guruprasad - The Harmful Side of Doing Good. *New Scientist* [Em linha]. (Sept. 2011), p. 28-29. [Consult. 28 Jan. 2013]. Disponível na Internet: <[http://www.barbaraoakley.com/files/Op\\_Big\\_Idea\\_Oakley\\_New\\_Scientist.pdf](http://www.barbaraoakley.com/files/Op_Big_Idea_Oakley_New_Scientist.pdf)>.

OLLAIK, Leila Giandoni; ZILLER, Henrique Moraes - Concepções de Validade em Pesquisas Qualitativas. *Educação e Pesquisa*. Vol. 38, Nº 1 (2012), p. 229-241.

OLSHANSKY, Ellen - What Do We Mean By Compassion And Caring In Nursing And Why Does It Matter Anyway? *Journal of Professional Nursing*. Vol. 23, Nº5 (Sept./Oct. 2007), p. 247-248.

ORDAZ, Olga - O Uso das Narrativas como Fonte de Conhecimento em Enfermagem. *Pensar em Enfermagem*. Vol. 15, Nº1 (1º Semestre 2011), p. 70-87.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Edição: Ordem dos enfermeiros, 2003. D. L. nº 195532/03.

*\_Dados estatísticos 2000-2012* [Em linha]. (2013). [Consult. 14 Dez. 2013]. Disponível na Internet: <<http://www.ordemenfermeiros.pt>>

*\_Browser CIPE®2: Sofrimento/Foco/Diagnóstico* [Em linha]. (2013). [Consult. 11 Out. 2013]. Disponível na Internet: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>>.

*\_Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem; enquadramento conceptual; enunciados descritivos* [Em linha]. (2012). [Consult. 07 Nov. 2013]. Disponível na Internet: <<http://www.ordemenfermeiros.pt>>

*Oxford English Dictionary - Caregiving/Nurturance* [Em linha]. (s.d.). The Center of Compassion and Altruism Research and Education, U.S. A., Stanford School of Medicine. [Consult. 23 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://ccare.stanford.edu/research/wiki/compassion-definitions/caregivingnurturance/>>.

PHANEUF, Margot - *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Edição do Cuidar, Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, I Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Coimbra, 1995.

POMMIER, Elizabeth Ann - *The Compassion Scale* [Em linha]. Doctoral Dissertation, University of Texas at Austin. (2011). [Consult. 22 Out. 2013]. Disponível na Internet: <<http://repositories.tdl.org/tdl-ir/handle/2152/ETD-UT-2010-12-2213>>.

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO - *Supporting and Strengthening Families Through Expected & Unexpected Life Events* [Em linha]. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. (2002). [Consult. 12 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <<http://rnao.ca/bpg/guidelines>>.

*Collaborative Practice Among Nursing Teams*. [Em linha]. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). [Consult. 12 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <<http://rnao.ca/bpg/guidelines>>.

*Managing and Mitigating Conflict in Health-Care Teams* [Em linha]. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). [Consult. 12 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <<http://rnao.ca/bpg/guidelines>>.

RINPOCHE, Sogyal - *O Livro Tibetano da Vida e da Morte*. Lisboa: Prefácio-Edição de Livros e Revistas, Lda., 1993. ISBN: 972-8563-40-X.

ROSA, Susana - *Cesário Verde ou o Poema Sem Assunto*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação Para a Ciência e a Tecnologia, 2013. ISBN: 978-972-31-1470-6.

SÁ, Eunice M.C. Santos - A Contribuição de Enfermagem para o Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico: Revisão de Literatura. *Pensar a Enfermagem*. Vol. 14, Nº 2 (2010), p. 55 – 69.

SANDS, Stephen A. [et al.] - Pediatric Narrative Oncology: Interprofessional Training to Promote Empathy, Build Teams, and Prevent Burnout. *Pediatric Narrative Oncology*. Vol. 6, Nº 7 (Sept./Oct. 2008), p. 307-312.

SARASWATI, Swami Dayananda - *Vedanta glossary*. Richikeshe: Classes of Swami Dayananda, [s.d.].

SCHANTZ, Maria L. - Compassion: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. Vol. 42, Nº 2 (2007), p. 48-55.

SCHULZ, Richard [et al.] - Patient Suffering and Caregiver Compassion: New Opportunities for Research, Practice, and Policy. *The Forum. The Gerontologist*. Vol. 47, Nº1 (2007), p. 4-13.

SILVA, Conceição Vieira - O Cuidar Em Saúde da Criança: Um Ato Humanizado Do Cuidado. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. Vol. 5, Nº1, (Jul. 2005), p. 5-8.

SILVA, Ernestina M<sup>a</sup> V. Batoca. [et al.] - *Desenvolvimento da Ciência: Aspectos Éticos* [Em linha]. (2008). [Consult. 1 Nov. 2013] Disponível na Internet: <<http://hdl.handle.net/10400.19/966>>.

SILVA, João Martins - *Compreender e Transformar: A Comunicação Empática* [Em linha]. (2010). [Consult. 15 Jun. 2013]. Disponível na Internet: <<http://compreenderetransformar.blogspot.pt/2009/11/comunicacao-empatica.html>>.

SPRECHER, S.; FEHR, B. - Compassionate Love for Close Others and Humanity, *Journal of Social and Personal Relationships*, 22 (5), (2005), pp. 629-651; Cit. in The Center of Compassion and Altruism Research and Education, U.S. A., Stanford School of Medicine [Em linha]. (2013). [Consult. 23 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://ccare.stanford.edu/research/wiki/compassion-definitions/compassionate-love/>>.



STRAUGHAI, Collette - Exploring Compassion: Implications for Contemporary Nursing Part 1. *British Journal of Nursing*. Vol. 21, Nº3 (2012), p. 160-164.

\_Exploring Compassion: Implications for Contemporary Nursing Part 2. *British Journal of Nursing*. Vol. 21, Nº4, (2012), p. 239-244.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet - *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. São Paulo: Artmed & Bookman, 2008. ISBN: 978-85-363-143-5.

STURGEON, D. - Measuring Compassion in Nursing. *Nursing Standard*. Vol. 22, Nº 46 (2008), p. 42-43.

TRONCOSO - POBLETE, Margarita del Carmen [et al.] - Validación de Dos Escalas Utilizadas En la Medición Del Cuidado Humano Transpersonal Basadas En La Teoría de Jean Watson. *Chía, Colombia*. Ano 12, Vol. 12, Nº1 (Abr. 2012), p. 8-21.

TURATO, Egberto Ribeiro - Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definições, Diferenças e Seus Objetos de Pesquisa. *Revista Saúde Pública*. Vol. 39, Nº 3 (2005), p. 507-14.

UNAMUNO, Miguel de - *Do sentimento trágico da vida*. Lisboa: Antropos, Relógio d'Água, 2007.

UNESCO - *Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos* [Em linha]. Comissão Nacional da UNESCO - Portugal, Lisboa. (2006). [Consult. 9 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>>.

VIEIRA, Margarida - *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, Campus do saber, 2009. ISBN: 978-972-54-0195-8.

WALKER, Lorraine Olszewsky; AVANT, Kay Coalson - *Strategies for theory construction in nursing*. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson, Prentice Hall, Upper Saddle River, 2005. ISBN: 0-13-119126-8.

WILSON, David Sloan - *Compassion and Altruism from an Integrated Evolutionary Perspective* [Em linha]. The Evolution Institute, Binghamton. (2011). [Consult. 4 Fev. 2013]. Disponível na Internet: <<http://vimeo.com/34770222>>.

YOUNGSON, Robin - Compassion in Healthcare: The Missing Dimension of Health Reform? *Journal of Holistic Healthcare*. Vol. 8, Issue 3 (Dec. 2011), p. 6-9.



## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

*Guião Das Entrevistas Aos Enfermeiros De Saúde Infantil E Pediatria*



## GUIÃO PARA AS ENTREVISTAS AOS ENFERMEIROS DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Tema do Estudo:** O Lugar da Compaixão na Relação do Enfermeiro de Pediatria com os seus Pares.

**Finalidade:** Contribuir para a humanização dos cuidados de enfermagem e para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, através da exploração do conceito de compaixão e das suas implicações na prática contemporânea da profissão, na perspetiva relacional Enfermeiro/Equipa de Enfermagem.

**Questão de Partida:** Qual o valor que os enfermeiros de pediatria atribuem à compaixão no âmbito da relação com os seus pares?

**Participantes no Estudo:** Amostra intencional de enfermeiros com mais de três anos de exercício profissional a trabalhar num serviço de pediatria, pelo método “bola de neve”.

**Princípios Éticos:** Entrega dos consentimentos livres e informados a todos os participantes do estudo, respeitando os princípios éticos da autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, proteção, prejuízo e tratamento justo e leal.

**Enfermeiro Nº:** \_\_\_\_\_

**Ano Término do Curso e Escola de Enfermagem:** \_\_\_\_\_

**Especialidade:** \_\_\_\_\_

**Serviços onde Trabalhou/Trabalha:** \_\_\_\_\_

**Cargo que Ocupa:** \_\_\_\_\_

**Propõem o Colega:** \_\_\_\_\_

### Guião da Entrevista Semiestruturada:

OBJETIVOS	QUESTÕES	NOTAS
1 – Analisar o conceito de compaixão no contexto da relação entre pares em ESIP.	1.1 – O que é para si compaixão entre pares no âmbito profissional da enfermagem pediátrica? 1.2 – Qual a importância que atribui à compaixão entre pares na prática de enfermagem em pediatria?	Na relação entre pares consideramos: - Os intervenientes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeiro/enfermeiro</li><li>• Enfermeiro/aluno de enfermagem</li><li>• Enfermeiro chefe/enfermeiro</li><li>• Enfermeiro/equipa de enfermagem</li><li>• Enfermeiro chefe/equipa de enfermagem</li><li>• Entre equipas de enfermagem de diferentes serviços</li></ul>
2 – Apresentar um caso modelo e os casos adicionais de compaixão no contexto da relação entre pares em ESIP.	2. No âmbito da sua experiência profissional enquanto enfermeiro de pediatria é capaz de recordar e partilhar: 2.1 - Uma história que considere exemplar de compaixão entre os seus pares? 2.2– Uma outra história em que considere não ter havido compaixão entre os seus pares?	- Em situações ou circunstâncias como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Admissão de novos elementos na equipa</li><li>• Alunos de enfermagem em estágio</li><li>• Conflitos pessoais</li><li>• Sobrecarga de trabalho</li><li>• Outras</li></ul>





## **ANEXO II**

### *Consentimento Livre E Esclarecido*



## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O meu nome é Ana Maria da Silva Reis, sou Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, a exercer funções no Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto. Estou a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto e, neste contexto, estou a desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema “O Lugar da Compaixão na Relação do Enfermeiro de Pediatria Com os Seus Pares”. Com esta investigação pretendo conhecer o conceito de compaixão subjacente à prática profissional do enfermeiro de pediatria, e compreender a perspetiva dos enfermeiros de pediatria sobre o lugar da compaixão no âmbito das suas relações com os pares.

Neste sentido, solícito a sua colaboração, pois a sua opinião e experiência, enquanto enfermeiro a exercer funções num serviço de pediatria, será um contributo precioso para esta pesquisa. Esta entrevista será submetida a gravação áudio, com duração livre, e será transcrita para suporte papel, após o que será destruída. Em nenhum momento será possível fazer a ligação entre as suas palavras e a sua identidade, pessoal ou profissional, exceto pelo próprio investigador.

Tratando-se de um trabalho académico os seus resultados poderão vir a ser divulgados, mas sempre com salvaguarda do anonimato e confidencialidade de todos os participantes. Poderá, a qualquer momento e até à conclusão do trabalho, retirar a sua participação no estudo.

Agradeço desde já o seu tempo e a sua preciosa colaboração para a concretização dos objetivos deste trabalho, o qual, após conclusão e consequente defesa, lhe será disponibilizado, se assim o pretender. Caso surja necessidade, em qualquer momento, poderá contactar a investigadora.

Eu, abaixo assinado, declaro que aceito participar no trabalho de investigação acima referido, tendo em conta os aspetos, anteriormente explicitados, acerca dos quais fui elucidado(a).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do enfermeiro participante

---

Contacto do enfermeiro participante:

---

Assinatura da investigadora

---

Contacto da investigadora: Ana Reis – 933 222 070 / anamsreis@gmail.com



### **ANEXO III**

#### *Matriz De Referência Da Análise De Conteúdo*



MATRIZ DE REFERÊNCIA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	
TEMAS	I – Compreendendo a Compaixão entre Pares em ESIP
	II – Definindo Compaixão entre Pares em ESIP
	III – Descrevendo as Vantagens da Compaixão entre Pares em ESIP

TEMA I: Compreendendo a Compaixão entre Pares em ESIP		
Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
O ENFERMEIRO SOFRE	-	<p>... porque às vezes o sofrimento, lá está, visto em termos profissionais, uma inadaptação ao serviço que está a ter... (E2).</p> <p>Sofrimento às vezes até pode ser um sofrimento porque aquela pessoa está doente... e está com dificuldade até em exercer a sua profissão, porque está doente... e as pessoas não têm, não percebem esse sofrimento (E2).</p> <p>Compaixão é, é eu pensar ou entender o que os outros sentem... compaixão é entender o que o outro sente ... Quando eu entendo que ele está a sofrer ou que está a passar mal por qualquer razão ou não se sente bem por qualquer sofrimento... (E3).</p> <p>... o reconhecer na pessoa que está a sofrer, na pessoa que está com um problema, reconhecer esse problema... (E7).</p> <p>... aprendi que os momentos são muito importantes, os momentos fáceis, é importante estarmos acompanhados nos momentos de alegria, mas os de tristeza, de fraqueza e os de angústia, como nos atiram mais para baixo, nesses, então, é que é importantíssimo que alguém nos... nos considere importante e dizer: “Eu estou aqui! Estou aqui, sei que estás a sofrer, que tens um problema, e estou aqui pronta a ajudar-te! E estou contigo, neste momento mais difícil!” (E7).</p> <p>... por exemplo, numa situação em que não me sinta tão à vontade numa determinada situação, ter um colega que acho que ele se sinte mais à vontade e ele também se consiga oferecer. Ele ter compaixão nessa situação (E10).</p>
É DIFÍCIL	-	<p>Que nem sempre o fazemos porque é muito complicado, é muito difícil... (...) exige muito mais de nós e também nós nem sempre estamos à vontade para o fazer (E1).</p> <p>E o que eu penso é que... infelizmente cada vez mais, aquilo que eu sinto, é que as pessoas têm dificuldade em ter compaixão (E2).</p>
CARACTERÍSTICA INATA	-	<p>... eu acho que estas coisas também não se aprendem; ou se tem ou não se tem. Eu acho que tem a ver com a vivência que temos de berço e de infância e de família, eu acho que é um valor que se adquire e não se aprende em termos profissionais... se as pessoas têm ... essa forma de estar na vida, ou seja: o estar atenta aos outros e aos sinais de sofrimento dos outros para assim poder ajudar; se o conseguem a nível particular, portanto, se o fazem naturalmente, O.K! Não é uma coisa que se aprende, eu acho que não é uma coisa que se aprende (E2).</p> <p>E tem a ver muito com a minha forma de estar. Eu não consigo estar nas coisas só por... e vê-las, tenho que estar... (E3).</p> <p>... eu acho que a compaixão é, lá está, é uma coisa muito individual, de cada um... cada um vive... isso são valores que as pessoas têm, não é?! E há quem tenha valores, quem não tenha, uns têm valores, outros têm outros. Eu acho que se resume um bocadinho a isto... (E5).</p>

(Cont)

TEMA I: Compreendendo a Compaixão entre Pares em ESIP (Cont.)		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
CARACTERÍSTICA INATA (Cont.)	-	<p>... eu acho que algumas pessoas não têm, nalgumas situações, a capacidade de ... tentar resolver o problema dos outros! (E7)</p> <p>Compaixão em enfermagem é, é tudo aquilo que deve nortear a nossa vida... É alguma coisa que tu fazes, porque és uma pessoa que, naturalmente, estás vocacionada para, e estás desperta para essa área humanística, não é?! E, portanto, fazes quase sem te aperceberes (E8).</p>
PODE TREINAR-SE	-	<p>Eu acho que é um treino. Ter compaixão também se pode treinar. (...) Começamos a ter compaixão já que não têm connosco. Eu acho que a gente na vida aprende a ter compaixão todos os dias quando não têm compaixão connosco, senão estamos fritos! Olha pronto ele não teve compaixão mas ele já não consegue ter compaixão, tenho que ter eu por ele! (E1)</p> <p>... porque nós enfermeiros estamos, naturalmente, somos o primeiro, ou porque já temos alguma tendência para isso e depois também somos um bocado treinados para isso. A nossa formação é um despertar constante para as necessidades dos outros. ... Mas acho que, de uma maneira geral, somos, ... uns profissionais, dentro da saúde, que estamos bastante desportos e bastante treinados para isso! (E8)</p>
NEM SEMPRE EXISTE	-	<p>E acho que ela era muito importante mas que se perde muitas vezes, que não existe, especialmente entre profissionais. (...) ... às vezes não se entende, especialmente em oncologia, profissionais a trabalhar em oncologia, a trabalhar com o sofrimento humano, em que situações muito inferiores de sofrimento, entre aspas, não conseguem ter compaixão, não percebo como esta gente trabalha numa casa em que é tão, tão precisa e não a têm entre colegas, entre profissionais no seu dia-a-dia, é um bocadinho assustador! (E2)</p> <p>Sabes que eu tenho muita dificuldade em vivenciar... porque, eu não sinto que haja compaixão à minha volta! O que eu sinto é que: quando há situações, e já vivenciei situações de sofrimento de pessoas, de profissionais, com questões delicadas de vida, que lhes causava, com certeza muito sofrimento, em que estariam a passar um sofrimento muito grande... as pessoas em volta, nós profissionais, ... não estamos, não estamos... como é que eu... não consigo definir o porquê de não termos de facto a verdadeira compaixão (E2).</p> <p>... é uma coisa que em termos do grupo e da profissão em si estamos a perder. (...) E é muito complicado isso! É essas situações... a falta de compaixão dos pares (E3).</p> <p>... eu acho que cada vez na nossa prática se sente menos, mas é isso que eu sinto. Eu acho que cada vez se tem menos compaixão, quer com paixão ou quer compaixão, pena. Acho que cada vez se tem menos, eu sinto isso! (E4)</p> <p>Às vezes naquelas coisas pessoais, entre nós, se calhar, já não temos tanto essa compaixão! (...) eu acho que nós já não somos tão... já não temos tanta compaixão uns com os outros. Sei lá, cada um vê mais o seu lado. Eu acho que somos mais com o doente do que propriamente entre nós colegas... (E5).</p> <p>De uma maneira geral, acho que andamos mais despertas em relação aos doentes, às vezes a quem nos rodeia não somos tanto, somos um bocadinho mais intolerantes! (E8)</p> <p>... não acho que haja muita compaixão! Ou fui eu que cresci, ou foi a vida que mudou, as pessoas são muito mais egoístas, muito... não são tão companheiras! (E9)</p> <p>... já me apercebi em outras equipas mesmo fora cá do serviço, que nós homens temos alguma facilidade, acho que há mais compaixão entre os homens, acho que há mais entreajuda, do que entre equipas com más mulheres.... entre as mulheres, que se sente mais competitividade, menos compaixão, menos entreajuda, talvez tentar passar.... Acho que nós homens, nesta área de enfermagem, temos mais facilidades do que com o grupo de mulheres. Entre vocês acho que há mais espírito competitivo, não sei! (E10)</p>

(Cont.)



TEMA I: Compreendendo a Compaixão entre Pares em ESIP (Cont.)		
<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Unidades de Registo</i>
EXISTEM BARREIRAS	-	<p><i>Eu acho que nós profissionais, no nosso exercício profissional, entre nós, somos muito frios! Somos pouco... eu penso que temos barreiras de ... de apoio... é o que eu vivencio há vinte anos e que acho que é o que existe, é uma barreira muito grande em termos de o te dares ao outro, do estares disponível para o outro e é teu colega de trabalho... (E2).</i></p> <p><i>... é aquela barreira, as pessoas parece que têm dificuldade em abraçar o outro, sabes? ... não quero dar justificações, mas eu penso que as pessoas... têm muita dificuldade em assumir os sentimentos, não sei porquê?! (E2)</i></p> <p><i>... nesta altura as pessoas são muito... não quero dizer assim, calculistas mas, se calhar, são mais frias, mais distantes (E3).</i></p> <p><i>Como é que há alguém, um ser humano que deve cuidar de outro e é incapaz de demonstrações de compaixão com aqueles com quem trabalha e, às vezes, está doze horas e catorze horas a trabalhar juntos. E às vezes, são pessoas que até já têm ou deveriam, por experiência pessoal e profissional, deveriam ter outra atitude, não é?! (E7)</i></p> <p><i>Havia aquela história que se falava do perfil do enfermeiro para isto e para aquilo, e se calhar elas (as enfermeiras) tiravam-nos pela pinta, que nós que não era aquilo que ... Mas era assim, faziam sentir as pessoas que não estavam ali bem... As pessoas de facto estavam bem, não estavam bem era dentro do que era a conceção de enfermagem de uns e de outros, que havia ali um choque. Mas de facto hostilizavam! (E8)</i></p>
É IMPORTANTE PARA A ENFERMAGEM	-	<p><i>... é importante a compaixão porque, se eu começar entender o que o outro tem, sente, é sinal que eu também tenho um âmbito da minha ação um bocadinho mais alargado (E3).</i></p> <p><i>Eu acho que é quase tudo! Compaixão, eu acho que uma enfermeira que não tenha compaixão, que não saiba, ainda que não a defina como tal, mas que não tenha uma atitude de compaixão ou com os colegas ou com os outros, à partida falha na sua essência! ... É a primeira vez que eu ouço falar nisto em enfermagem, mas, de facto, a gente, fazendo uma introspeção e vendo o que é ou foi a atuação na sua vida, eu acho que compaixão é tudo o que uma enfermeira tem que ter. Se tiver isso, pode ter de uma forma consciente ou não tão consciente, nomeadamente em relação à palavra em si, mas é quase a essência da enfermagem, é isso! (E8).</i></p> <p><i>... é muito importante! Lá está, os enfermeiros realmente têm que se dar bem entre eles! Isto tanto com as crianças como entre profissionais, muitas vezes, fala-se que trabalho é trabalho e não se tem que misturar assuntos pessoais... (E11).</i></p>
CONFUNDE-SE COM OUTROS CONCEITOS	Pena	<p><i>... o termos compaixão ... não é o ter pena de... (E2).</i></p> <p><i>Com – Paixão?! Fazer as coisas com paixão, mas isso remete sempre.... quem houve remete sempre para pena e ... não sei ... se é pena, ajudar no sentido de ter pena de alguém e a ajudar por isso, porque se tem pena (E4).</i></p> <p><i>Compaixão não tem que ser nada lamecha, nem nada ... nem nada que ronde o coitadinho, nem nada que se pareça com nada disso! (E8)</i></p> <p><i>Para mim, compaixão era pelos pobres, pelos pedintes, pelos desgraçados!... Nunca tinha pensado compaixão entre pessoas que se gostam, que trabalham juntos, nunca tinha pensado nessa forma! (E9)</i></p>
	Empatia	<i>Compaixão... seja um bocadinho diferente daquilo que eu estava habituada e que eu pensava em enfermagem que era a empatia... (E3).</i>
	Altruísmo (Abnegação)	<i>... paixão, um bocado de missão (que era um bocadinho, se calhar, exagerado) mas é uma pontinha disso, e de alguma abnegação que muitas vezes em termos profissionais até nos pode prejudicar... (E3).</i>

TEMA II: Definindo Compaixão entre Pares em ESIP		
<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Unidades de Registo</i>
TER SENTIMENTOS	-	<p>... eu vejo a compaixão desta forma, de sentimento profundo (...) eu acho que também passam por aí depois os outros sentimentos que estão inerentes à compaixão, não é? (E2)</p> <p>Ou seja, o termos compaixão... o sentimento de compaixão aparece, ou é desperto em nós quando sentimos que alguém no nosso meio de trabalho... está numa situação de sofrimento... (E2).</p>
TER VALORES	Lealdade	<p>... tem a ver com a minha forma de estar, que tem a ver com valores... o que é para mim, um valor: a lealdade ... (E3).</p>
	Respeito	<p>... para mim, senti como um não haver compaixão, um não respeito pelo meu sofrimento, que eles achariam, se calhar, que eu estaria a exagerar (E2).</p> <p>... respeito pelo outro (...) o que eu noto, assim ao longo da minha profissão, é que, em alturas, nós tivemos, dependendo do grupo, alguma consideração e agora temos menos consideração em termos gerais (E3).</p> <p>Para trabalharmos juntos, para estarmos juntos, tem que haver respeito e colaboração e compaixão (...) (E9)</p> <p>Agora, temos sempre colegas que acabam por não estar tão inseridos, tão bem inseridos num grupo, porque isto acaba por ser um grupo, e nesse aspeto é que acaba por não haver tanta compaixão, tanto respeito por assim dizer entre os colegas (E11).</p>
	Solidariedade	<p>Quem tiver valores, realmente, de solidariedade e humanitários, acabam por se envolver com o outro e defender o outro em momentos maus. Quem não os tem, não defende e não se preocupa em estar no lugar do outro, não é?! (E5)</p> <p>É tu teres uma atitude solidária com o outro. Isso é compaixão na minha opinião.... Se tu te aperceberes que aquela pessoa está numa fase de mais... de maior debilidade ou de ... com uma necessidade de momento, tu teres um ato de... solidário com ela, estás a ter compaixão (E8).</p>
	Equidade	<p>Isso aplica-se a todas: hierarquias, tens relações diferentes, não é? Tens com o teu par, com a tua hierarquia, com a pessoa a quem tu prestas os teus cuidados, não é? (E1)</p> <p>Hoje em dia, o que eu vejo aqui, as pessoas ... confundem igualdade com equidade. Que é um conceito que as pessoas não têm, então somos todos iguais. Não é verdade! Não podemos ser! (E3)</p> <p>... portanto, acho que não lido com os colegas, com todos da mesma forma. Acho que vou gerindo com cada colega, depende, se for um colega que é muito desenrascado, se calhar eu não o ajudo tanto, nem me aproximo tanto e deixo-lhe mais liberdade. Se for um colega que eu acho que... porque é assim, há colegas que até gostam de fazer as coisas e nem terem ajuda, e há outros que precisam que alguém os ajude a fazer, não é?! Eu acho que aqui eu vou-me ajustando a cada colega. Não trato todos da mesma forma (E5).</p>
	Humildade (Não Ser Arrogante)	<p>A compaixão, acho que é isso que muitas vezes as pessoas sofrem e esta capa, esta arrogância, este distanciamento encobre, na minha opinião, muito sofrimento, dessas colegas mais jovens e das menos jovens, das vidas pessoais e profissionais e da forma como estão até no próprio mundo (E3).</p> <p>Quando eu entrei, eu falo por mim, entrei na equipa numa de me integrar e tentar reconhecer as pessoas, e há colegas que entram... já entraram lá mais colegas e é sempre mulheres, e entram numa de se afirmar, de mais competitividade, e eu acho que não é saudável isso! (E10)</p>
	Honestidade	<p>... eu não sei se eu defino compaixão, se honestidade com os colegas (E5).</p>

(Cont.)

TEMA II: Definindo Compaixão entre Pares em ESIP (Cont.)		
<i><b>Categorias</b></i>	<i><b>Subcategorias</b></i>	<i><b>Unidades de Registro</b></i>
COLOCAR-SE NO LUGAR DO OUTRO	Conhecer-se a Si Mesmo	<i>Temos que... conhecermo-nos a nós próprios para que essas relações interpessoais resultem (E1).</i>
	Conhecer o Outro	<i>Temos que conhecer o outro... (E1).</i>  <i>Acho que é daí, saber que o outro nos está... reconhece em nós alguma situação de bom e de mau, não é?! E se ele for capaz de nos entender e até de resolver aquela situação, isso tem toda a importância... (E7).</i>
	Perceber as Situações	<i>... é a capacidade que nós temos de nos colocarmos no lugar do outro de forma a nós o entendermos nas suas reações, eu perceber porque é que ele reagiu daquela maneira... (E1).</i>  <i>Sempre que essa pessoa reaja, quer positivamente, quer negativamente, ter compaixão é tu tentares colocar-te no lugar dele e tentar perceber o porquê daquela situação... (E1).</i>  <i>É parar e tentar perceber porquê? Porque é que isto está a acontecer? ... de tentar perceber a nossa situação, de perceber que, às vezes, a gente fez alguma coisa menos bem há uma razão por trás... (E1).</i>  <i>... ficar contente porque o outro está contente, porque o ficar contente quando o outro está contente é tão importante como ficar triste quando o outro está triste ... e tentar ajudar (E2).</i>
	Estar Atento ao Sofrimento do Outro	<i>... e não consegues ver aquela pessoa como um ser humano que está em sofrimento, mas não, percebes?!... Como um número que está ali para trabalhar e portanto, se está ali, tem que trabalhar e se ela está triste, em sofrimento e se não consegue fazer uma atividade, que conseguisse, que estudasse, que fizesse... não há de facto... porque às vezes o sofrimento, lá está, visto em termos profissionais, uma inadaptação ao serviço que está a ter... (E2).</i>  <i>No meu trabalho compaixão eu entendo-a como o... o estar atenta, o estar alerta para os sinais de sofrimento do outro... Vejo-a como... sempre um sinal de estar atento ao sofrimento do outro... (E2).</i>  <i>E às vezes nós estamos à espera de ter, não é retorno, mas que tenham algum cuidado contigo... (E3).</i>  <i>Isso também é compaixão dos colegas para connosco, não é?! Porque se eu sou responsável pelo doente, os colegas podiam não... não ver que... não se preocuparem com o colega que desse resposta ou não, e isso no fundo é ter compaixão com o colega e com os doentes do colega (E5).</i>  <i>Em contexto de trabalho, oh!, há sempre pequenas coisas e que nos marcam, talvez até por, lá está, por termos sentido nalgum momento da nossa vida em que alguém estava atento a nós (E8).</i>  <i>... a melhor forma de estar é conseguirmos empatia, é conseguir perceber quais são as necessidades do outro e a compaixão, para mim, ronda todos esses conceitos ... (E8).</i>

(Cont.)

TEMA II: Definindo Compaixão entre Pares em ESIP (Cont.)		
Categorias	Subcategorias	Unidades de Registro
TER BOAS RELAÇÕES HUMANAS	Respeitar as Diferenças do Outro	<p>... mas eu tenho que compreender que ela nunca vai mudar, ela é assim, não esconde que é assim, e eu só tenho que entender que ela só consegue dar até ali e eu nunca posso estar à espera que ela dê mais... (E1)</p> <p>... apesar de que as pessoas veem para o trabalho mas nós somos humanos, não conseguimos separar as coisas, compartimentar... nem sempre estamos na mesma onda. E depois de acordo com a personalidade de cada um, da nossa facilidade em gerir as emoções, o trabalho, o estabelecer prioridades, às vezes reagimos de maneira que nós achamos ser adequado mas é da maneira que nós conseguimos que naquele momento é o que nós conseguimos fazer (E1).</p> <p>Eu acho que isso tem a ver já com a pessoa em si, não é? Por exemplo, há pessoas que não gostam de mau ambiente, gostam de um clima harmonioso; e há outros que não se importam de, de ter um clima... mais desequilibrado, e até às vezes provocam a situação... (E5).</p> <p>A forma como nos hostilizavam por acharem que éramos diferentes, que já não nos enquadrávamos muito bem no grupo e depois as pessoas, conforme a sua forma de estar, passavam mais ou menos (E8).</p> <p>... na pediatria, houve uma coisa ou outra mas coisas pequeninas, que eu não acho que sejam faltas de compaixão, acho que fomos sempre colegas com atritos e desigualdades, mas sempre nos respeitamos ... Somos todos diferentes, temos todos que respeitar as diferenças de cada um! (E9)</p> <p>Sobretudo tentamos ser iguais no cuidado às crianças, cada um tem a sua personalidade, cada um tem a sua maneira de agir perante as crianças, no entanto temos por base normalmente sempre o mesmo conceito prático (E11).</p>
	Não Fazer Juízos de Valor	<p>... antes de tu fazeres julgamento de valor, de colocar-te à defesa, não é? Para mim, isso é ter compaixão (E1).</p> <p>Especialmente e ouvi-se muito: “Se a pessoa está cá é porque podia cá estar e portanto tem que trabalhar, tem que dar o litro igual aos outros que estão a trabalhar porque senão não vinha!” Eu acho que isto.... Vivenciamos todos os dias isto no hospital, entre profissionais porque a pessoa tem sempre a tendência a dizer: “Ah, está cá,...” “Se calhar perante a pessoa até diz: “Ah... se eu puder ajudo-te e tal...” Mas... vira costas e diz: “Está cá, é um número, está a trabalhar, temos que contar com ela!” Eu acho que isto não é de ter compaixão... (E2).</p> <p>Aquilo que eu sinto é que as pessoas estão atentas a fazerem juízos de valor, a tentarem justificar e ver como é que... e agora como é que vai ser... (E2).</p> <p>Pronto, lá está, são os tais juízos de valor que eu acho que nós, profissionais, que às vezes caímos ou temos a tentação de cair nesse erro, desvalorizamos o sofrimento da outra pessoa, estamos a achar que ela está a exagerar e se calhar, quando é connosco é ... avaliamos de forma diferente (E2).</p> <p>Muitas vezes pensam que as pessoas que estão cá há mais tempo, estão cá para criticar e, quando uma pessoa pede, vamos ver isto para melhorar, estão sempre mais vezes a pensar, “vão aqui para me atacar”, portanto há que encobrir, quando devia ser exatamente o contrário, devíamos tentar juntos caminhar e melhorar... (E3).</p>
	Ser Flexível na Equipa	<p>... nalgumas equipas é assim, não têm flexibilidade e a tal equidade de ver (...) Portanto, mas a compaixão, a iniciativa de a própria equipa, não! Há outras que têm mais essa sensibilidade... que assumem... (E3).</p>
	Ser Frontal	<p>Ter compaixão foi ser frontal ao máximo com essa pessoa foi chamá-la ao lado e dizer-lhe assim: “As tuas limitações são estas. Quando se fala em limitações não é para toda a vida. Tens estas limitações, tens que tentar contornar e adaptar-te.” ... Ser frontal e dizer às pessoas o que é que está acontecer e o que é que vai... acho que isso é um ato de compaixão (E1).</p>

(Cont.)

TEMA II: Definindo Compaixão entre Pares em ESIP (Cont.)		
<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Unidades de Registo</i>
TER BOAS RELAÇÕES HUMANAS (Cont.)	Comunicar em Equipa	<p><i>As relações... há pessoas que estão mais evoluídas, outras menos evoluídas, outras limitadas, outras menos limitadas... Temos que aprender a falar uns com os outros (E1).</i></p> <p><i>Acho que, se há algum problema na equipa, não deve ser primeiro passado ao doente. Acho que é uma característica muito má! E isso é uma atitude, não há entreajuda, não há compaixão... Deve ser falado, se quiserem, entre a equipa e não passarem para o utente (E10).</i></p> <p><i>Acho que, se calhar se fossemos mais profissionais, não teríamos certos comportamentos, muitas vezes de mal-estar, que acaba por haver um mal-estar no serviço porque existem zangas entre colegas, existem palavras, se calhar, mencionadas, que não seriam as mais corretas... (E11).</i></p> <p><i>Muitas vezes podemos não estar de acordo com a prática, com os cuidados a efetuar à criança, mas temos passagens de turno, temos momentos em que sobretudo mesmo no próprio turno, durante o turno, nos juntamos, partilhamos sempre ideias, temos sempre a melhor forma de efetuar os cuidados à criança e, nas passagens de turno, para com outros colegas, também realçamos sempre a forma como o fizemos, porque é que o fizemos e se realmente estão de acordo para haver uma continuidade de cuidados (E11).</i></p>
	Fazer Silêncio	<i>Às vezes o que eu sinto... às vezes só o silêncio, muitas vezes é muita compaixão que temos pelas pessoas! O ter o silêncio... (E2).</i>
	Criar Laços	<p><i>... portanto, nós partilhávamos muito! O facto de fazer-se, fazer-se noite, a gente conversava de tudo e mais alguma coisa, acabávamos muitas vezes por ser... por ser o ombro amigo de alguém, não é?! E essas partilhas eram importantes! (E8)</i></p> <p><i>Houve sempre pessoas que nos marcaram também pela negativa, pela sua dureza, pela forma como encaravam tanto os colegas, como os doentes ... portanto, completamente contrariadas na equipa, completamente contrariadas com o tipo de doentes que tinham que cuidar... (E8).</i></p> <p><i>... a compaixão no âmbito aqui da enfermagem de pediatria acaba por ser a ligação e os laços que acabamos por ter como enfermeiros, como defensores da enfermagem, como defensores do trabalho em pediatria, no sentido de haver uma uniformização da prática de enfermagem (E11).</i></p> <p><i>... no geral, a nossa equipa tem um bom espírito de entreajuda e todos nós sentimo-nos bem no serviço, e há aquele elemento, a ovelha negra, pronto, que nos faz assim algumas atitudes menos de compaixão quer connosco e alguns colegas também depois com ela, porque os colegas não reagem depois com ela da forma que reagem depois com os outros (E10).</i></p>
	Amizade	<p><i>... amizade... (E3).</i></p> <p><i>... realmente compaixão para mim tem muito a ver com amizade. Se calhar não amizade, mas mesmo companheirismo, porque amizade nós temos pelas pessoas que gostamos, companheirismo temos que ter por toda a gente, e colegas temos que ser de toda a gente (E9).</i></p> <p><i>Eu acho que quaisquer pessoas que trabalhem, que convivam, que estejam juntas, têm que ser companheiras, têm que ser colegas, têm que ser compreensivas umas com as outras (E9).</i></p> <p><i>... na minha pediatria, damo-nos sempre muito bem e acabamos por ter uma relação de amizade, acabamos por nos juntar, acabamos por estar juntos mesmo exterior ao hospital, e durante os turnos, durante o tempo em que estamos em serviço, acaba por também haver esse afeto para com os colegas (E11).</i></p>

(Cont.)

TEMA II: Definindo Compaixão entre Pares em ESIP (Cont.)		
<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Unidades de Registo</i>
TER BOAS RELAÇÕES HUMANAS (Cont.)	Expressar Sentimentos	<p><i>Sabem que o outro faz anos e têm dificuldade em lhe dar um beijo e um abraço, em exteriorizar uma alegria... (E2).</i></p> <p><i>... um aperto de mão ou um abraço, em situações complicadas e delicadas. Penso assim, sinto assim a compaixão ser desta forma ... (E2).</i></p> <p><i>... lembro-me de outras situações ... que assisti também, de não haver a tal compaixão até por... entre os colegas... até por morte de familiar. As pessoas serem incapazes de dar os pêsames! (E7)</i></p>
ALIVIAR O SOFRIMENTO DO OUTRO	Fazer Alguma Coisa	<p><i>Penso assim, sinto assim a compaixão ser desta forma... e não só... a pessoa dizer... vivenciar a situação, fala muito dela... e não sei quê... e não fez nada para, quando esprememos e vemos O.K. toda a gente está com compaixão mas que é que fizeram? Não têm compaixão nenhuma... (E2).</i></p> <p><i>Compaixão é... depois eu desenvolver ações que levem a que o outro tenha... se sinta mais... que se sinta melhorado ou se sinta melhor. ... Portanto, isso são ações que eu depois vou desenvolver para tentar que ele fique um pouco melhor ou se sinta melhor... (E3).</i></p> <p><i>Portanto, compaixão para mim é isso! É tu estares atenta às necessidades do outro e usares isso em função do bem-estar do mesmo (E8).</i></p> <p><i>Sobretudo tentamo-nos defender uns aos outros, acho que isso é realmente a maior compaixão que existe aqui dentro. Tentamo-nos defender, tentamos pôr sempre a criança à frente de qualquer outra coisa... (E11).</i></p>
	Ajudar/Apoiar	<p><i>... para mim isso foi um ato de compaixão. Foi ajudar-me a passar um momento difícil de integração a um novo serviço (E1).</i></p> <p><i>Se há um dia em que ela chega doente por problemas de saúde e se está stressada, eu sei que nesse dia ela vai precisar é que eu a ajude... “Enfermeira C, precisas de alguma coisa? Olha, queres que eu te vá ajudar?” (E1).</i></p> <p><i>... e não há de facto essa... não aquele: “O.K! Não estás a conseguir, o que é que eu te posso ajudar, deixa-me ajudar-te, não é?” (E2).</i></p> <p><i>... eu não sinto que haja compaixão ... não se chegam à pessoa que está em sofrimento e são incapazes de lhe perguntar: “Em que é que eu te posso ajudar?” (E2).</i></p> <p><i>Felizmente hoje já consegue dar a volta a essas coisas todas, mas lá está, com ajuda, eu acho que essa compaixão... aquilo que se demonstrou, a ajuda que se fez... (E2).</i></p> <p><i>Uma compaixão sentida em que se leva ao longo, porque eu acho que essa compaixão requer por parte das pessoas envolvidas um acompanhamento (...)</i>  <i>num grupo grande, muito poucas pessoas que tiveram compaixão, que tiveram ... esse cuidado de acompanhamento, de apoio, ... desse processo tão doloroso que foi para essa pessoa do serviço (E2).</i></p> <p><i>Enquanto que há outros colegas que mantêm sempre aquela postura de ajudar e são... Há outros que não, que até gostam de chatear, porque o colega é mais novo, porque... Eu não gosto de fazer isso! Até acho que se calhar os trato, não é, não digo bem demais, gosto de ajudar porque, por si, eu já... eu já os vejo como mais frágeis, percebes? Portanto, acho que acabo ainda por redobrar o apoio. Há outros colegas que, porque acham que eles são mais frágeis, aproveitam-se dessa fragilidade e ainda mais, menos apoio lhe dão e mais chateiam e mais irritam... Eu não gosto de ver isso aqui! (E5)</i></p> <p><i>Com os doentes! E isso acontece muito aqui e, nisso, nós ajudamo-nos muito, no cuidar com o doente, ajudamo-nos muito! (E5)</i></p>

(Cont.)

TEMA II: Definindo Compaixão entre Pares em ESIP (Cont.)		
<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Unidades de Registo</i>
ALIVIAR O SOFRIMENTO DO OUTRO (cont.)	Ajudar/Apoiar (cont.)	<p>... sobretudo aqui que trabalhamos em equipa... Eu acho que acaba sempre por haver sempre muita compaixão entre os colegas. E isso até se vê, por exemplo, quando um colega está muito ocupado com um doente e tem outros doentes para cuidar, e que os colegas acabam por ir tratar daquele doente porque reconhecem que o colega não consegue, não é?! (E5)</p> <p>... estar predisposta a ajudar, e a ajudar a ultrapassar, ajudar a apoiar... (E7).</p> <p>... eu acho que, mais do que nos colocarmos no papel do outro ou do nosso colega, é reconhecermos no outro uma situação em que nós possamos intervir e ajudar a resolver essa situação a essa pessoa (E7).</p> <p>Compaixão em enfermagem entre pares é, não só o trabalho em equipa, mais do que isso, penso que seja também a ajuda entre os colegas, a entreajuda, porque o trabalhar em equipa não é só aquela parte prática mas sim o auxiliar, não é só o pedir, por exemplo "Ajuda-me aqui!", mas sim ver que o colega está mais atrapalhado ou com mais trabalho do que eu e tentar ajudá-lo, seja qual for a situação... (E10).</p> <p>Não há aquele espírito com ela de entreajuda, por exemplo se ela está a precisar de alguma coisa, só se ela pedir é que o vão fazer, enquanto que se for um outro qualquer elemento, não. Tomam a atitude de dizer: "Olha eu vou-te fazer isto! Queres falar sobre isto? Queres que te ajude nisto? Queres... Não estás bem, então o que é se passa contigo?" (E10).</p>

TEMA III: Descrevendo as Vantagens da Compaixão entre Pares em ESIP		
<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Unidades de Registro</i>
MELHOR QUALIDADE DOS CUIDADOS	-	<p><i>E se calhar as coisas correm melhor e elas também se sentem melhor e em termos dos cuidados que prestam, prestam-nos com melhor qualidade (E3).</i></p> <p><i>Só que estamos assim tão assoberbados de trabalho que as pessoas querem números, produtividade e depois a qualidade e o tempo dos profissionais, aí passa para um segundo plano que depois se vê repercussões a nível dos cuidados. Mas claro que os valores ... as prioridades hoje são outras... e o paradigma da gestão também é outro... (E3)</i></p> <p><i>... para que o trabalho para com o utente, depois, seja o melhor possível... (E6).</i></p> <p><i>Da parte da compaixão acho que, entre nós, devemos é tentar ajudar-nos para conseguirmos fazer um serviço melhor e uns cuidados melhores! (E10)</i></p>
MAIOR SATISFAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	-	<p><i>Se tiveres um contexto de trabalho muito exigente, que exige de ti, mentalmente, fisicamente, mas as pessoas entendem-se, por muito cansado que estejas saís dali muito mais satisfeita, e isso é extremamente importante, porque qualquer... coisa que saia fora da normalidade, qualquer intercorrência vai ser atenuada e não exacerbada. Isto é quase como nós complicarmos o que já é difícil e ainda temos tendência a complicar mais, em vez de facilitar e descomplicar. Eu acho que ter compaixão é isso (E1).</i></p> <p><i>Se tu tiveres boas relações interpessoais, vai facilitar contextos de trabalho mais difíceis e exigentes. ... Eu acho que ter compaixão é isso. Acho que vai ajudar em muito, o fato de eu ter compaixão, as relações interpessoais ou ter boas relações interpessoais, vai favorecer o meu trabalho (E1).</i></p> <p><i>... para que todos estejam da melhor forma (E6).</i></p> <p><i>Tem toda a importância! A partir daí nós conseguimos o equilíbrio na nossa vida, progredir na nossa vida, quer pessoal quer profissionalmente (E7).</i></p> <p><i>Não só importante, mas muito! Num grupo de trabalho em que haja compaixão entre os colegas, o serviço que nós prestamos é muito melhor, é refletido depois nos cuidados que prestamos, e mesmo para nós é muito mais gratificante! (E10)</i></p>

(Cont.)



TEMA III: Descrevendo as Vantagens da Compaixão entre Pares em ESIP (Cont.)		
<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>Unidades de Registo</i>
MELHOR AMBIENTE DE TRABALHO	Humanização	<i>... é fundamental... para que haja humanização, para que as pessoas... para que haja ... um relacionamento com alguma afetividade... (E2).</i>
	Resolução de Conflitos	<p><i>Se tu não tens pessoas que se entendam, e não sabem desenvolver relações interpessoais, "saudáveis", o ambiente de trabalho vai ser ainda mais exigente porque vai haver mais conflito e isso vai refletir-se no nosso trabalho (E1).</i></p> <p><i>... eu acho que pode... se ela for verdadeira, eu acho que pode ajudar imenso, principalmente na resolução de conflitos (E4).</i></p> <p><i>Acho que acaba por ser só mais um bocadinho por aí porque... um sentido mais burocrático, um sentido mais exterior à prestação de cuidados... nesse âmbito é que muitas vezes não há tanta compaixão e muitas das vezes acaba por haver mais problemas por causa disso! (E11)</i></p> <p><i>Ou seja, nós vamos lidar connosco próprios uns com os outros durante muito tempo e não vale a pena criar inimizades, não vale a pena criar momentos de não compaixão entre nós, porque isso só vais criar mau ambiente, mal-estar no próprio serviço (E11).</i></p>
	Melhores Inter-relações Pessoais	<p><i>... Até porque na pediatria nós não temos só a criança, temos as famílias. Se nós não conseguirmos relacionarmo-nos uns com os outros, vai ser muito difícil trabalhar com essas famílias. É importante as famílias sentirem que estamos todos na mesma onda, que nos entendemos, para se sentirem confortáveis e, se tu consegues ser uma boa relação interpessoal, é sinal que também vais ter facilidade em criar relações interpessoais saudáveis com essa família e com essa criança (E1).</i></p> <p><i>... no meu trabalho na relação entre profissionais, ... se nós não tivermos compaixão, uns pelos outros, acho que nunca vamos conseguir ter pelos nossos doentes. ... Somos pessoas que lidamos, estamos anos seguidos a trabalhar uns com os outros e se não conseguirmos ter esse sentimento, dificilmente o teremos com outras pessoas, com outros contactos... (E2).</i></p> <p><i>... a compaixão é importante... E acho que também nos vai criar melhor ambiente de trabalho, melhor ambiente para as pessoas se poderem desenvolver mesmo no ponto de vista profissional porque, sentindo-se bem, sentindo que elas fazem parte de um grupo, elas podem pôr as dificuldades... (E3).</i></p> <p><i>Pronto são essas coisas do nosso dia-a-dia que nós podemos... coisas banais, mas que isso também cria algum ambiente, acho que algum conforto para quem trabalha e se calhar trabalha de uma forma diferente... é importante que quem está... possa minorar esse sofrimento, esse mal-estar dessas pessoas porque assim também criamos melhor ambiente entre nós (E3).</i></p> <p><i>É importante porque... somos pessoas e pessoas de relação, é importante, quanto melhor for a relação entre as pessoas, melhor é, não é? E mesmo, mesmo depois no contacto com o doente, quanto melhor nós estivermos entre colegas isso também se transmite no cuidado do doente (E5).</i></p> <p><i>No meu trabalho, é para que haja o melhor ambiente na equipa... (E6).</i></p>